

Psychische Erkrankungen bei wohnungslosen Frauen und Männern Darstellung der Problemlagen und Handlungsbedarfe



1. Definition des Personenkreises und Ausmaß der psychischen Erkrankungen unter wohnungslosen Frauen und Männern

In dieser Darstellung werden die Problemlagen und die Hilfebedarfe von wohnungslosen Frauen und Männern beschrieben, die unter psychischen Erkrankungen leiden, und Handlungsmöglichkeiten vorgestellt, die es ermöglichen, die Hilfeangebote in der Wohnungslosenhilfe und in der Psychiatrie bedarfsgerechter weiterzuentwickeln.

Die in den 70er Jahren begonnene Psychiatriereform zur Enthospitalisierung der psychisch kranken Menschen hat ihr im SGB 1 §10 formuliertes Ziel, „den psychisch kranken Menschen einen ihren Neigungen und Fähigkeiten entsprechenden Platz in der Gesellschaft ... zu sichern“ nicht für alle Betroffenen erreichen können. Insbesondere psychisch kranke Menschen mit geringer Krankheitseinsicht leben in beträchtlichem Umfang in Notunterkünften, Nischen oder gänzlich auf der Straße. Häufig sind sie unversorgt und haben keinen Kontakt mehr zum Hilfesystem für psychisch kranke Menschen. So treffen die MitarbeiterInnen der Wohnungslosenhilfe im Allgemeinen auf Männer und Frauen:

- mit langjähriger Psychiatrieerfahrung, die in der Wohnungslosenhilfe gestrandet und entweder noch in laufender psychiatrischer Behandlung sind oder eine solche abgebrochen haben
- die psychisch auffällig sind und die bisher weder diagnostiziert noch behandelt wurden; mit anamnestisch seit langem bestehenden Auffälligkeiten oder erstmaligem Auftreten einer akuten Krankheitssymptomatik
- mit mehreren psychiatrischen Diagnosen
- mit der Doppeldiagnose Suchterkrankung/psychische Erkrankung ohne Krankheitseinsicht

In den 90er Jahren hat es mehrere Studien zum Ausmaß psychischer Erkrankungen unter wohnungslosen Männern

gegeben¹ sowie eine Studie über psychisch kranke wohnungslose Frauen².

Darüber hinaus hat die BAG Wohnungslosenhilfe ebenfalls Ende der 90er Jahre eine Umfrage unter Diensten und Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe zur Problematik der Mehrfachproblemlagen bei wohnungslosen Männern und Frauen durchgeführt.³

Gemeinsam ist den Studien und Erhebungen die Erkenntnis, dass es sich bei den betroffenen Frauen und Männern um eine durch psychische Störungen und Erkrankungen und Suchtmittelabhängigkeiten hoch belastete Personengruppe mit einer hohen Rate von Mehrfachdiagnosen handelt. Laut der bisher einzigen lokal repräsentativen Studie sind unter den Wohnungslosen in München mindestens ca. 35 % psychisch schwer erkrankt (Ein-Monatsprävalenz). Bei einer Sechs-Monatsprävalenz dürften diese Zahlen möglicherweise auf bis zu 40-45 % ansteigen (vgl. Fußnote 1). In diesen Zahlen sind Suchtmittelabhängigkeit (Prävalenz ca. 63 % bei Ein-Monatsprävalenz) nicht enthalten.

Es gibt bislang nur eine Studie, die explizit die psychischen Erkrankungen wohnungsloser Frauen untersucht hat. Bei der Bewertung dieser Untersuchung an wohnungslosen Frauen in München muss allerdings hinzugefügt werden, dass es sich um eine sehr kleine Stichprobe von 32 wohnungslosen Frauen handelte und dass diese Frauen auf der Straße und in Unterkünften lebten. Wir wissen, dass dieses keine typische Erscheinungsweise weiblicher Wohnungslosigkeit ist.

Kurz zusammen gefasst: Die Ergebnisse dieser - trotz der genannten Bedenken wichtigen - Untersuchung zeigen deutliche Unterschiede zwischen den wohnungslosen psychisch kranken Frauen und Männern: Die Frauen sind in der Regel jünger und noch nicht so lange wohnungslos wie die Männer. Jedoch leiden die Frauen in höherem Maße an psychischen Erkrankungen.



Diese Erkenntnis deckt sich mit Ergebnissen anderer Forschungsgruppen z.B. in den USA. Neben verschiedenen strukturellen Problemen wie dem besonders offensichtlichen Auseinanderdriften typisch weiblicher Rollenklischees – damit sind sowohl die Anforderungen an sich selbst als auch die Erwartungen der Umwelt gemeint – und der Lebenssituation der wohnungslosen Frauen, dürfte dieses Ergebnis die Bedeutung von sexuellem Missbrauch und sexueller Gewalt bei der Entwicklung psychischer Erkrankungen reflektieren. Aus Untersuchungen mit Patientinnen psychiatrischer Krankenhäuser ist bekannt, dass erlebter Missbrauch bei diesen Patientinnen deutlich häufiger ist als in der allgemeinen Bevölkerung. In der Münchner Studie berichteten 66 % der Frauen über sexuelle Übergriffe und massive Gewalterfahrungen.

Fazit: Bis heute fehlt eine groß angelegte epidemiologische Studie zum Ausmaß psychischer Erkrankungen unter wohnungslosen Frauen und Männern.

Bislang gibt es keine Studie, die den Zusammenhang zwischen Missbrauchs- und Gewalterfahrungen und psychischen Erkrankungen bei wohnungslosen Männern untersucht hat.

2. Strukturelle Probleme bei der Kooperation der beteiligten Hilfesysteme

2.1. Die gemeinsame unrühmliche Vergangenheit von Wohnungslosenhilfe und Psychiatrie

In den 20er und 30er Jahren des 20. Jahrhunderts kam es zu einer unseligen Vermischung psychiatrischer Diagnosen mit einer sozialen Verurteilung. Obdachlose wurden als „unstete Psychopathen, die an einer angeborenen Abnormität der Persönlichkeit litten“ bezeichnet. Kurz gesagt: Obdachlosigkeit wurde als Charakterschwäche oder als Symptom einer Hirnerkrankung betrachtet. Diskriminierung und Stigmatisierung hatten auch der Verfolgung Obdachloser in der Nazizeit den Boden bereitet. Trotzdem setzte sich noch bis in die 70er Jahre der Versuch fort, „persönlichkeitsdefekte Obdachlose“ zu identifizieren und zu objektivieren. Daraus resultierten in der modernen Wohnungslosenhilfe der 80er und 90er Jahre Vorbehalte und Vorurteile gegenüber der Psychiatrie einerseits und andererseits gegenüber denjenigen in der Wohnungslosenhilfe, die das Problem der psychischen Erkrankungen wahrnahmen.

Diese Vorbehalte gegenüber der Psychiatrie und den Erklärungsversuchen der Wohnungslosenhilfe zur so genannten Nichtsesshaftigkeit, die bis in die 70er Jahre hinein Gültigkeit hatten, mündeten dann in eine starke Relativierung psychischer Problemlagen, bis manchmal hin zur Leugnung. Die Wohnungslosigkeit wurde hauptsächlich unter dem Paradigma der Armut diskutiert. Erst Anfang der 90er Jahre weitete sich der Blick allmählich und die Wohnungslosenhilfe nahm wieder stärker zur Kenntnis, dass es einen erheblichen Anteil von wohnungslosen Klienten und Klientinnen mit psychischen Störungen oder Erkrankungen und massiver Suchtproblematik gibt.

Fazit: Die Wohnungslosenhilfe misstraute der Psychiatrie, weil sie die Wohnungslosigkeit psychopathologisierte und

umgekehrt nahm die Psychiatrie die Wohnungslosenhilfe nicht ernst, weil sie zögerte, psychische Erkrankungen ihrer Klientel wahrzunehmen.

2.2 Strukturelle Defizite, unregelmäßige Zuständigkeiten, fehlende Kapazitäten und Abwehr

Die Hilfesysteme, die Begleitung und Unterstützung für wohnungslose Männer und Frauen mit psychischen Erkrankungen und Suchterkrankungen vorhalten, können diese nicht immer ausreichend bedarfsgerecht anbieten.

Ein Großteil der ambulanten und stationären Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe sind auf Grund der strukturellen Ausstattung tendenziell überfordert: Die Menschen in Mehrfachproblemlagen binden einen großen Teil der Arbeitskraft, da die Kommunikationsprozesse zwischen HelferInnen und KlientInnen sehr zeitaufwendig, belastend und extrem gestört sind.

Die Wohnungslosenhilfe hat oft nicht die Möglichkeit, KlientInnen an das Hilfesystem Sozialpsychiatrie oder Suchtkrankenhilfe zu vermitteln, weil es in den meisten Fällen keine geregelten Zuständigkeiten gibt.

Auf der anderen Seite gibt es eine abwehrende Haltung im Suchthilfebereich und in der sozialpsychiatrischen Versorgung, weil Wohnungslose auf Grund ihrer Lebenslage Zugangsvoraussetzungen oft nicht erfüllen können: Krankheitseinsicht, Einhaltung von Regeln, z.B. Hausordnungen. Vor allem ist aber die Motivation, der Wille zur Veränderung nicht selbstverständlich gegeben.

Ein großes Problem ist, dass die psychiatrischen Patientinnen und Patienten häufig auf ihre Suchterkrankung reduziert werden. Die psychiatrischen Ursachen ihrer Erkrankung werden weder diagnostiziert noch behandelt.

Hinzu kommen wichtige strukturelle Defizite der psychiatrischen Hilfesysteme. Es sind kaum Unterbringungskapazitäten für diesen Personenkreis geplant worden und die bestehenden Einrichtungen haben ihre Kapazitätsgrenze längst erreicht. Es gibt nur wenige Einrichtungen für Doppeldiagnosen, die in der Regel bereits ausgelastet sind.

Fazit: Historisch begründete Vorbehalte der beteiligten Hilfesysteme gegenüber den potenziellen Kooperationspartnern, eine tendenzielle Überforderung der Wohnungslosenhilfe, strukturelle Defizite des psychiatrischen Versorgungssystems sowie das Fehlen geregelter Zugänge zu den jeweils anderen Hilfesystemen erschweren die zum Wohle der betroffenen Personengruppe notwendige Kooperation.

3. Problemlagen und Handlungsbedarf

3.1 Wünsche und Erwartungen wohnungsloser PatientInnen/KlientInnen an eine psychiatrische Versorgung

Wohnungslose PatientInnen/KlientInnen bezeichnen sich auf Grund fehlenden Krankheitsbewusstseins in den seltensten Fällen selbst als psychisch krank. Wünsche und Erwartungen beziehen sich daher eher auf ihr soziales Umfeld, z. B. aktuelle Probleme im Wohnheim.

Genährt durch schlechte Vorerfahrungen sind mit dem Stichwort „Psychiatrie“ häufig Ängste assoziiert, z.B. vor ge-

schlossener Unterbringung oder medikamentöser „Ruhigstellung“.

Ein Mensch, der eine psychische Erkrankung als Stigma erlebt, lässt sich auch über Vermittlung selten bereitwillig zum Facharzt bringen. Der Zugang zu psychisch erkrankten Menschen gelingt am ehesten über die Behandlung körperlicher Erkrankungen, durch Basisversorgung und Beziehungsarbeit. Erst wenn dieser Zugang gebahnt ist, kann langfristig ein Klima geschaffen werden, in dem er die Notwendigkeit einer Behandlung einsieht und seine Erwartungen an die psychiatrische Versorgung äußern kann.

Die Hilfe soll umgehend und schnell erfolgen, es wird ein Mitspracherecht bei der Therapieplanung erwartet, die Menschen möchten als eigenständige Personen wahrgenommen werden und individuelle Hilfe erfahren. Ohne Zeitdruck sollte genügend Raum sein, sich an den Gedanken einer psychiatrischen Behandlung zu gewöhnen, bei akuten Krisen oder angespannten Situationen sollte jedoch umgehend und ohne aufwändige Formalitäten eine Entlassung erfolgen.

3.2. Problembeschreibungen und Handlungsbedarfe aus Sicht der Psychiatrie

Psychiatrie als fachärztliche Versorgungsebene ist zunächst nicht niedrigschwellig. Sie hat fast ausschließlich eine Komm-Struktur. Aufsuchende Hilfen finden, wenn überhaupt, zur Krisenintervention statt und sind nicht flächendeckend und nicht „rund um die Uhr“ abrufbar.

Zu unterscheiden ist das psychiatrische Behandlungsangebot in vertragsärztlichen Facharztpraxen, in psychiatrischen Kliniken, in suchtmedizinischen Fachkrankenhäusern, in Tageskliniken und Ambulanzen.

Als bürgernahes Angebot sind sozialpsychiatrische Dienste in den Stadtvierteln installiert, die jedoch nicht speziell auf die Bedürfnisse wohnungsloser Menschen zugeschnitten sind und zudem keine Ermächtigung zur Behandlung haben. Die stationäre Psychiatrie ist ausdifferenziert in verschiedene Bereiche (z.B. Allgemeinpsychiatrie, Gerontopsychiatrie, Suchtmedizin), die ambulante Psychiatrie kann unterschiedliche Therapieangebote machen (z.B. medikamentös, Psychotherapie, ambulante Suchttherapie, Soziotherapie). Psychiatrie ist strukturell hochschwellig, die Behandlung ist an bestimmte Voraussetzungen geknüpft: Die PatientInnen sollen behandlungsbereit und krankheitseinsichtig sein. Psychiatrische Sprechstunden können wegen der langen Gesprächsdauer (bis zu 50 Minuten pro Patient) nur nach fester Terminvereinbarung geführt werden, d.h. Pünktlichkeit und Einhaltung der Termine werden erwartet. Gleiches gilt für Aufnahmetermine zu stationären Behandlungen, außer in Notfällen. Auch notwendige medikamentöse Behandlungen setzen Kooperationsbereitschaft und –fähigkeit voraus, da die regelmäßige Einnahme der Psychopharmaka unabdingbar ist. Nach stationären Psychiatrieaufenthalten sollen die PatientInnen befähigt sein, im Zusammenwirken mit einem Hausarzt die begonnene Therapie fortzusetzen und die Empfehlungen der Klinik umzusetzen, bei suchtkranken PatientInnen z.B. die Teilnahme

an Selbsthilfegruppen, das Bemühen um eine anschließende Entwöhnungstherapie, die Abstinenz.

Das soziale Problem der Wohnungs- und Arbeitslosigkeit wird häufig nicht in ausreichendem Maß wahrgenommen und von den PatientInnen daher ein Verhalten erwartet, wie es nur eingebunden in ein festes soziales und familiäres Gefüge möglich wäre.

3.3. Problembeschreibungen und Handlungsbedarfe aus Sicht der Wohnungslosenhilfe

Ebenso wie bei der Sicherstellung der allgemeinmedizinischen Versorgung, bedarf es zur Versorgung psychisch kranker oder auffälliger wohnungsloser Männer und Frauen eines interdisziplinären Behandlungsteams aus Pflegekräften, MedizinerInnen und sozialpädagogischen Fachkräften. Unterstützung erhalten diese Teams häufig durch ehrenamtliche MitarbeiterInnen.

Nachfolgend wird aus Sicht der einzelnen Professionen in der Wohnungslosenhilfe eine Problembeschreibung und Standortanalyse versucht.

Häufig sind die MitarbeiterInnen der Wohnungslosenhilfe erste, manchmal auch alleinige AnsprechpartnerInnen der psychisch kranken KlientInnen. Sie werden mit Situationen, Fragestellungen und Problemkonstellationen konfrontiert, für deren Bearbeitung oder gar Lösung sie als Fachkräfte der sozialen Arbeit nicht ausgebildet worden sind.

Diagnostik und Therapie psychiatrischer Erkrankungen gehören grundsätzlich in fachärztliche Hände. Die Sozialarbeit trifft auf Menschen mit Krankheitsbildern und Erscheinungsformen psychischer Erkrankungen, bei denen sie im besten Fall kurzfristige Entlastung/ Linderung schaffen kann. Sie trifft auf Menschen, die ihre Körperhygiene aufgrund ihrer Erkrankung extrem vernachlässigen und/ oder die – oftmals ohne Krankheitseinsicht - in einem katastrophalen gesundheitlichen Allgemeinzustand sind.

Diese Klientinnen und Klienten mit psychischen Erkrankungen oder Auffälligkeiten schaffen es oft als Überlebensstrategie, die Kräfte vieler HelferInnen um sich zu sammeln und punktuell intensiv zu nutzen (Sozialarbeit WLH und Krankenhäuser, Rettungsdienste, Akutmedizin, Polizei, Gesundheitsamt, Betreuungsbehörde), können aber keine oder kaum längerfristige, koordinierte Hilfen annehmen.

So kann eine an den Bedürfnissen und Ressourcen orientierte Arbeit mit der Klientel nur eingeschränkt geleistet werden. Betreuungsabbrüche seitens der Hilfesuchenden, aber auch der Sozialarbeit sind die Folge. Die sozialpädagogischen MitarbeiterInnen wissen um dieses Problem, jedoch lässt sich oft die nötige Fachkompetenz der anderen Professionen nicht abrufen.

Vernetzung, Kooperation und interdisziplinäres Vorgehen sind notwendig, um als Sozialarbeiterin oder Sozialarbeiter in der Wohnungslosenhilfe mit der oder dem Betroffenen längerfristig die Sicherung der materiellen Existenz und menschenwürdige Lebensbedingungen schaffen und erhalten zu können.

Ist schon im Rahmen interdisziplinärer Teams aus Medizin, Pflege und Sozialarbeit die medizinische Versorgung woh-



nungsloser Patienten im Bereich der somatischen Erkrankungen ein häufig schwieriges und langwieriges Unterfangen, so stellt die Konfrontation mit psychisch kranken Wohnungslosen eine besondere Herausforderung dar.

Von Seiten der Allgemeinärzte besteht dringender Bedarf an einer dauerhaften Kooperation sowohl mit der ambulanten wie mit der stationären Psychiatrie. Auch in Hinblick auf das möglicherweise gleichzeitige Bestehen schwerwiegender somatischer Erkrankungen und deren Behandlungsbedürftigkeit bestehen folgende Erwartungen an die Psychiatrie:

- eindeutige und gut fundierte Diagnosestellung
- Einleitung und Durchführung geeigneter medikamentöser und psychotherapeutischer Behandlungsmaßnahmen unter Berücksichtigung der Wohnungslosigkeit
- Aufrechterhalten der Patientenkontakte zur Überprüfung der Behandlungserfolge
- intensiver Austausch mit dem behandelnden Arzt
- bei akuten psychiatrischen Krankheitsbildern Krisenintervention auch im Rahmen aufsuchender ärztlicher Hilfe
- in notwendigen Fällen Einweisung in psychiatrische Fachkrankenhäuser
- vor Krankenhausentlassung Kontaktaufnahme mit dem weiterbehandelnden Allgemeinarzt und Anbindung an ambulante psychiatrische Versorgung

Zu einer ersten pflegerischen Kontaktaufnahme mit psychisch kranken oder auffälligen wohnungslosen Männern und Frauen ist aufsuchende Arbeit unerlässlich.

Für die Betroffenen, die häufig in Unterkünften und stationären Einrichtungen leben, müssen krankheits- und leidensgerechte Rahmenbedingungen geschaffen werden. Wahnhafte Erleben, irritierendes Verhalten und oft nachlässiges Hygieneverhalten erfordern auch das Angebot von Einzelzimmern. So können krankheitsverstärkende und vertreibende Konflikte mit anderen BewohnerInnen vermieden werden.

Wichtig sind getrenntgeschlechtliche Einrichtungen, um Frauen vor Übergriffen zu schützen. Bei einer gemischtgeschlechtlichen Einrichtung müssen personelle und räumliche Mindeststandards eingehalten werden, die das Sicherheits- und Autonomiebedürfnis der betroffenen Frauen respektieren und gewährleisten.

Eine Pflegekraft mit Kenntnissen der Psychiatrischen Pflege sollte sich der Betreuung der psychisch kranken Menschen annehmen. Leistungen der pflegerischen Grundversorgung dienen dazu Vertrauen aufzubauen und Normalität einzufordern. Hierzu gehören:

- Motivation und Beratung zu regelmäßiger und gesunder Ernährung (Mahlzeitangebot vorhalten)
- Unterstützung bei der Körperpflege (entsprechend ausgestattete Sanitärräume)
- Hilfen bei der Bekleidungspflege (Vorhandensein einer Kleiderkammer, einer Waschmaschine etc.)
- Hilfe bei der Wohnraumpflege: regelmäßiger Bettwäschewechsel muss möglich sein und vielfach begleitet werden; Zimmerreinigung muss begleitet und/oder unterstützt werden; Matratzen müssen abwaschbar sein;

Desinfektionsmittel müssen zur Verfügung stehen.

- Gegebenenfalls pflegerisch begleitete Medikation
- Um die Sicherheit der Pflegekräfte zu garantieren, müssen folgende Voraussetzungen gegeben sein:
 - Krankheitskenntnis (Fortbildungsangebote und Fortbildungsverpflichtung)
 - Gute Mitarbeiterstruktur (KollegInnen in erreichbarer Nähe)
 - Technische Hilfsmittel (Alarmsystem)

In vielen Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe ist ehrenamtliches Engagement wichtiger Bestandteil des Personalkonzeptes. Ohne ehrenamtliches Engagement könnten manche Einrichtungen kaum betrieben werden, z.B. Notübernachtungen, Tagesstätten, Bahnhofsmissionen oder Nachtcafés aber auch medizinische Angebote. Hinzu kommt der Einsatz von Zivildienstleistenden und so genannten sonstigen Mitarbeiter/innen oder Helfer/innen aus den Arbeitsagenturen (Ein-Euro-Jobs). Es handelt sich dabei in der Regel um Menschen, die keine Qualifikationen oder fachbezogene Ausbildung für die Arbeit und den Umgang mit wohnungslosen psychisch kranken oder psychisch auffälligen Menschen mitbringen – außer gesundem Menschenverstand und eigener Lebenserfahrung.

Qualifizierung und Schulungen im Umgang mit psychisch kranken Menschen sollten dringend für ehrenamtliche und sonstige Mitarbeiter/innen angeboten werden. Grundlegende fachliche Inhalte sollten vermittelt werden. Die Vermittlung von Krankheitsbildern, Hilfen im Umgang mit psychisch kranken oder auffälligen Menschen, Informationen über das am Ort oder im näheren Umkreis befindliche Hilfesystem (Adressen, Telefonnummern, Öffnungszeiten, Nothilfennummern, Ansprechpartner), Hilfen zum Umgang mit akuten Krankheitszuständen wie Depressionen, Aggressivität, Gewalt und akuten Krisen sollten Bestandteil von Fortbildungen sein. Supervision als Möglichkeit der Verarbeitung eigener Erfahrungen, sowie Qualifikation und Fortbildung sollte auch für ehrenamtliche und sonstige Mitarbeiter/innen Bestandteil der Arbeit werden.

4. Rechtliche Rahmenbedingungen

4.1. Hilfen gemäß §§ 67 ff und 53 ff SGB XII - Die Abgrenzung der Hilfen unter pädagogischen Aspekten

Beiden Hilfeformen ist gemein, dass sie dem jeweiligen Hilfenahmer die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft erleichtern, (wieder-) ermöglichen oder dessen Verselbstständigung in hohem Maße fördern. Ist die Zielformulierung fast identisch, so unterscheiden sich sowohl der Einstieg, der Verlauf und das jeweilige Setting der am Hilfeprozess Beteiligten enorm.

Ausgangspunkt der Hilfe nach §§ 67 ff SGB XII sind die besonderen Lebensverhältnisse, die unübersehbar mit besonderen sozialen Schwierigkeiten verbunden sein müssen. Die Beschreibung der Lebenslage „wohnungslos“ wird deutlich mit der Durchführungsverordnung zum §§ 67 ff SGB XII definiert und von anderen Hilfeformen abgegrenzt.

Die Hilfen nach §§ 67 ff SGB XII dienen der Überwindung der sozialen Schwierigkeiten und fördern als Ziel den (Wieder-) Erhalt der Wohnung und des Arbeitsplatzes im Sinne einer Eingliederung in die Gesellschaft durch entsprechende sozialintegrative Maßnahmen.

Im Rahmen der Hilfe nach §§ 67 ff SGB XII muss die sozialintegrative Hilfe tragendes Element der Maßnahme zur Verbesserung der Lebenssituation sein. Gemeinhin wird der Zugang zu dieser Hilfeform als wesentlich unkomplizierter betrachtet. Obwohl in Bezug auf weitere Hilfen die zunächst nachrangige, gestaltet sich die Hilfe nach §§ 67 ff SGB XII im Kontext der hier zur Rede stehenden Hilfeformen in vielen Fällen als vorbereitende Hilfe zur Annahme weiterer Hilfen und hier speziell zur Hilfe nach §§ 53 ff SGB XII.

Hilfen nach §§ 67 ff SGB XII erhalten Personen, deren Hilfsanspruch aufgrund besonderer sozialer Schwierigkeiten von außen wahrgenommen wird. In der Regel reicht die Zustimmung der Hilfennehmer zur Annahme der jeweiligen Hilfeform. Die Ausgestaltung der Hilfen ist selten inhaltlich und erst recht nicht in der äußeren Form normiert. Die Anwendung der Heimmindestbauverordnung ist beispielsweise für die stationäre Hilfe nach §§ 67 ff SGB XII nicht zwingend vorgeschrieben. Allerdings hat sich in verschiedenen Bundesländern mit dem Abschluss eines Landesrahmenvertrages die Hilfe nach § 67 SGB XII stärker differenziert und versucht so den Bedarfs- und Problemlagen wohnungsloser Menschen durch die explizite Clearing- und Motivationsphase und den entsprechenden Leistungstypen gerecht zu werden. Die Leistungen werden in der Regel aufgrund eines vermuteten oder beschriebenen Hilfebedarfs bewilligt. Von daher ist der Zugang zu diesen Hilfen deutlich unkomplizierter und niedrigschwelliger.

Ausgangspunkt der Hilfen nach §§ 53 ff SGB XII ist immer die besondere Lebenslage des Hilfennehmers, nämlich die festgestellte physische oder psychische Beeinträchtigung. Erst die ärztliche (fachärztliche) Diagnose der Behinderung eröffnet den Weg zur Hilfe. Eine weitere wesentliche Voraussetzung ist die Bestätigung der Diagnose durch die Bereitschaft des Hilfennehmers, die aus fachlicher Sicht notwendige Hilfe in Anspruch zu nehmen. Dies gestaltet den Einstieg in die Hilfen wesentlich problematischer und schwieriger.

Die Gewährung von Hilfen nach §§ 53 ff SGB XII definiert das Vorliegen einer drohenden oder manifesten Behinderung, ebenfalls mit dem Ziel der Eingliederung in die Gesellschaft. Hier gilt es, die Sicherung und Wirksamkeit ärztlicher und therapeutischer Maßnahmen zu gewährleisten und so z.B. die Teilhabe am Arbeitsleben auch im Rahmen eines beschützenden Arbeitsplatzes, sicher zu stellen. Die Entwicklung einer Gesamt-(Hilfe) wird hier ausdrücklich gefordert und der Weg zu nachrangigen ergänzenden Hilfen aufgezeigt. Hilfen nach §§ 53 ff SGB XII eröffnen den Weg, die Lebenslage, die durch die ursächliche Behinderung entstanden ist, zu verbessern und somit auch zu einer Verbesserung der persönlichen Lebensverhältnisse beizutragen. Die Ausstattung der Hilfeformen nach §§ 53 ff SGB XII gestaltet sich in der Regel deutlich besser. Dies lässt sich

einerseits aus der Geschichte andererseits aus der Tradition der beiden Hilfeformen erklären und nachvollziehen.

Grundsätzlich müssen beide Hilfeformen zu einander finden, unabhängig von der normierten Nachrangigkeit, denn nur gemeinsam wird es möglich, für die Hilfennehmer ein großes Spektrum und eine Verwirklichung der Zielformulierung zu erreichen.

4.2. Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG)

Das Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) ist ein Ländergesetz, das aber in den Grundaussagen in allen Bundesländern ähnlich ist. Es ist zuständig für psychisch Kranke einschließlich der Abhängigkeitserkrankten und umfasst neben der Anordnung von Schutzmaßnahmen die Unterbringung, aber auch Hilfen für diese Menschen in Form von medizinischen und psychosozialen Vor- und Nachsorgemaßnahmen. Sie können ergänzend zu bestehenden ärztlichen und psychotherapeutischen Behandlungen gewährt werden.

Durchgeführt bzw. angeboten werden alle Maßnahmen von den unteren Gesundheitsbehörden und hier von den sozialpsychiatrischen Diensten. Sie werden von den Erkrankten selbst oder von Dritten eingeschaltet. Bezüglich der erwähnten Vor- und Nachsorge sollen sie Sprechstunden anbieten, sich mit den anderen Einrichtungen des psychiatrischen Hilfesystems vernetzen und Hausbesuche anbieten. Kostenträger dieser Angebote sind die Kommunen.

Das PsychKG wird assoziiert mit „Zwangseinweisungen“ psychisch Kranker, also Unterbringung in einer psychiatrischen Abteilung gegen den Willen des/der Betroffenen im Fall akuter Selbst- und Fremdgefährdung. In der Tat ist dies ein gewichtiges Kernstück des Gesetzes, das aber dennoch, wie beschrieben, mehr beinhaltet.

Grundlage für die Zwangsunterbringung eines Patienten nach PsychKG ist die unmittelbar drohende Fremdgefährdung von Personen (in einigen Ländern auch Sachen) durch den/ die Erkrankte(n) oder die Selbstgefährdung. Festgestellt werden muss dies durch Begutachtung des/ der Patienten/Patientin seitens eines Psychiaters. Die Unterbringung wird auf Grund des Gutachtens angeordnet vom Amtsgericht. Bei Gefahr im Verzuge kann zunächst ohne Gerichtsbeschluss untergebracht werden. Das Gericht ist dann aber umgehend zu informieren und wird die Unterbringung überprüfen. Es entscheidet auch über die Dauer der Maßnahme.

Unabhängig von der Notwendigkeit einer Unterbringung ist das Procedere immer traumatisierend für den Kranken / die Kranke und birgt die Gefahr, dass dem Erleben eine (evtl. erneute) negative Erfahrung mit der Psychiatrie hinzugefügt wird. Ziel muss es daher sein, den psychisch kranken Wohnungslosen im Vorfeld bereits niedrigschwellige psychiatrische Hilfen anzubieten, um eine Zwangsunterbringung möglichst zu vermeiden. Dennoch wird sie in Einzelfällen unumgänglich sein.



5. Lösungsansätze

5.1 Modelle der Kooperation

Psychisch kranke Wohnungslose sind auf unterschiedlich gewachsene Hilfesysteme angewiesen, die lange Zeit über sehr wenige Berührungspunkte verfügten. In den letzten Jahren hat zwischen den verschiedenen Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe, der psychiatrischen Versorgung und der Suchtkrankenhilfe ein Dialog begonnen, der zu fruchtbaren Debatten geführt hat. Deutlich wurde hierbei, dass den Betroffenen am besten durch eine verstärkte Kooperation der Hilfesysteme geholfen werden kann.

Um sinnvolle, wirksame Hilfestellungen anbieten zu können, muss ein funktionierendes Netzwerk aus Psychiatrie, Suchtkranken- und Wohnungslosenhilfe geschaffen werden. Folgende Rahmenbedingungen sind unerlässlich:

- klar geregelte Übernahme von Verantwortlichkeit (Case-Management) und gezielte Zusammenarbeit mit anderen Diensten und Einrichtungen
- Entwicklung von Kommunikationsformen, die von gegenseitiger Wertschätzung und Achtung geprägt sind
- hinreichende Information der psychiatrischen Dienste über die verschiedenen Angebote der Wohnungslosenhilfe und umgekehrt
- Schaffung von kontinuierlichen Fortbildungsangeboten für MitarbeiterInnen der Fachdienste
- gemeinsame Konzeptentwicklung und Hilfeplanung für „hoffnungslose Fälle“

„Da sich an der administrativen und finanzierungstechnischen Trennung des psychiatrischen Versorgungsnetzes und der Wohnungslosenhilfe mittelfristig nur wenig ändern wird, dürfte eine grundsätzliche Forderung die nach koordinierenden Maßnahmen sein, die geeignete Schnittstellen zwischen beiden Hilfesystemen herstellen. Diese Schnittstellen sollten auf administrativer Ebene (z.B. gemeinsame Arbeitskreise, Planungsgremien, Fortbildungsveranstaltungen usw.) und auf versorgungspraktischer Ebene (z.B. psychiatrische Liasondienste in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe, Case-Management, Schwerpunktpraxen für psychisch und/oder somatisch erkrankte Wohnungslose usw.) installiert werden.“⁴ Die BAG W schließt sich dieser Expertenmeinung aus dem psychiatrischen Hilfesystem ausdrücklich an.

Die Einführung der „personenzentrierten Hilfe“ ist eine Möglichkeit, die dem Personenkreis der psychisch kranken Wohnungslosen Vorteile bietet, da Hilfen nicht einrichtungsbezogen, sondern individuell und personenbezogen erbracht werden. Allerdings ist bei der Ausgestaltung der strukturellen Rahmenbedingungen personenzentrierter Hilfeplanung mit den Akteuren darauf zu achten, dass keine zusätzlichen bürokratischen Hürden aufgebaut werden. Pragmatismus und Niedrigschwelligkeit sind unerlässliche Prämissen auf dem Weg zu funktionierender Hilfe. Eine Besonderheit der personenzentrierten Hilfeplanung ist, dass unterschiedliche Hilfen von verschiedenen Trägern erbracht werden können, wenn dies notwendig ist. Es kann beispielsweise zusätzlich zu sozialpädagogischen Maßnahmen noch psychologische Beratung und Unterstützung

gewährt werden. Allerdings sollte bei solchen Konstellationen klar geregelt sein, wer die fallverantwortliche Bezugsperson ist.

Bei KlientInnen in Mehrfachproblemlagen ist die gemeinsame Hilfeplanung und Hilfestellung mit Diensten des gemeindenahen psychiatrischen Hilfeverbundes außerordentlich hilfreich und sinnvoll.

Bei Kriseninterventionsmaßnahmen oder schwerwiegenden und weit reichenden Entscheidungen ist die Zusammenarbeit unabdingbar, nicht zuletzt, um die Beteiligten zu entlasten und Fehlentscheidungen zu verhüten.

5.2 Wohnformen für psychisch kranke Wohnungslose

Bei dem Wunsch nach Vermittlung von Wohnraum an psychisch kranke Wohnungslose steht der Gedanke an eine mietvertraglich abgesicherte Wohnung im Vordergrund. Angesichts der Erfahrung, dass gerade in größeren Städten vermehrt psychisch Kranke ihre Wohnung verlieren, müssen Bedingungen geschaffen werden, einerseits bestehenden Wohnraum zu erhalten und andererseits Vermieter davon zu überzeugen, Wohnungen an psychisch Kranke zu vermieten. Es gilt, dass ein Mittelweg gefunden werden muss zwischen evtl. gewünschter Anonymität des Mieters („in Ruhe gelassen werden“) und der Notwendigkeit der Begleitung und Betreuung. Diese ist dann sinnvoll, wenn es um Konflikte mit Nachbarn geht, oder wenn Probleme mit der Instandhaltung der Wohnung auftreten (Vermüllung, Verwahrlosung). Bei ggf. notwendigen sozialpädagogischen persönlichen Hilfen in Wohnraum sollten die Kompetenzen freier Träger der Wohnungslosenhilfe genutzt werden. Ebenso könnten sozialpädagogische Fachkräfte von Wohnungsbaugesellschaften als AnsprechpartnerInnen und ggf. KonfliktmanagerInnen in Frage kommen.

Für psychisch Kranke, die lange auf der Straße oder in Übernachtungsheimen gelebt haben, muss auch eine eventuelle stufenweise Reintegration in Wohnraum über sozialpädagogisch begleitete Wohngemeinschaften oder Hotels angedacht werden, in denen die KlientenInnen wohnen können ohne eine sofortige sozialpädagogische Betreuungsverpflichtung einzugehen, d.h. ohne dass unmittelbar ein Hilfeplan erfüllt werden muss. Der Schwerpunkt dieser Einrichtungen (wie z. B. in Köln oder Münster) liegt zunächst auf der Wohnmöglichkeit mit Einzelzimmerunterbringung. Weiter zu nennen sind Angebote des so genannten betreuten Wohnens.

Die für psychisch Kranke mögliche Versorgung durch ambulante Fachpflegedienste mit Fachkrankenpflegekräften und Sozialpädagogen wird zurzeit für ehemals Wohnungslose eher selten umgesetzt.

Der Bereich der stationären Hilfe muss in speziellen Teilbereichen auf die Probleme psychisch Kranker vorbereitet sein und entsprechende personelle und räumliche Strukturen aufweisen. Diese spezifischen Angebote sind in einigen Großstädten bereits verwirklicht und wegweisend. Alle Angebote, sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich, sollten die jeweils geschlechtsspezifischen Besonderheiten berücksichtigen und in ihr Angebot integrieren.

6. Forderungen

Um psychisch kranke wohnungslose Menschen längerfristig erreichen und bedarfsgerecht versorgen zu können, sind differenzierte Hilfeangebote unabdingbar, diese umfassen vor allem

Grundversorgung

- ambulante niedrigschwellige und geschlechtsdifferenzierte Angebote, die zeitweise geschützte Räume bieten mit Möglichkeiten der Grundversorgung und Beratung; sinnvoll ist ein gleichzeitiges freiwilliges Beratungsangebot durch die ambulante Fachberatung nach §§ 67ff SGB XII sein.
- aufsuchende pflegerische, allgemeinmedizinische und psychiatrische Hilfen, die in ihrer Angebotsstruktur den Bedürfnissen und Möglichkeiten der Kranken gerecht werden; hierzu ist ein die Intimsphäre wahrender Behandlungsraum vorzuhalten
- eine ausreichende personelle Ausstattung der ambulanten Hilfen, diese umfassen auch kontinuierliche Straßensozialarbeit und medizinisch-psychiatrische Straßenarbeit
- Ressourcen für Motivationsarbeit und Versorgung
- die Unterstützung bei der Klärung des Hilfeanspruchs, Antragstellung, Durchsetzung und Gewährung der materiellen Existenzsicherung, v. a. in Form von Leistungen nach SGB II bzw. SGB XII

Wohnungssicherung und Wohnangebote

- rechtzeitiges professionelles Krisenmanagement bei drohendem Wohnungsverlust
- Vorhalten differenzierter geschlechtsspezifischer Wohnangebote mit Einzelzimmern als Standard (möglichst mit eigenem Sanitärbereich) sowie den Anforderungen entsprechende personelle und fachliche Ausstattung in den Bereichen psychosoziale Betreuung, Hauswirtschaft, Tagesstrukturierungs- und Arbeitsangebote im ambulanten und stationären Bereich. Hierzu sind entsprechende finanzielle Ressourcen zu schaffen und bauliche Voraussetzungen zu erfüllen.

Koordination und Kooperation der Hilfesysteme

- Wohnungslosenhilfe, Suchtkrankenhilfe und sozialpsychiatrischer Dienst müssen für wohnungslose Frauen und Männer mit psychischen Störungen und Erkrankungen einen abgestimmten Versorgungsauftrag definieren, um zu einer geregelten Zusammenarbeit von Wohnungslosenhilfe, ambulanten sozialpsychiatrischen Diensten und Fachkliniken zu gelangen.
- in der stationären Psychiatrie Berücksichtigung der Lebensumstände und des Lebensumfeldes der Patienten, d.h. rechtzeitiges Einschalten der Sozialdienste, um eine Entlassung zurück auf die Straße oder in die Notunterkunft unter allen Umständen zu verhindern
- bessere Verzahnung der Hilfen nach den §§ 53 ff. und §§67 ff.

- Erarbeitung von Hilfeplaninstrumentarien, die an den Fähigkeiten und Bedürfnissen der PatientInnen orientiert sind
- Fallkonferenzen und eindeutig festgelegte Fallverantwortung

Fortbildung und Forschung

- Einrichtungsträger sollten verpflichtet werden, fachliche Fortbildung der MitarbeiterInnen und Fallsupervision anzubieten.
- Bereitstellung von Forschungsmitteln zur Evaluation der Situation psychisch kranker wohnungsloser Männer und Frauen

Anmerkungen

¹ Fichter, M.; Quadflieg, N.: Psychische Erkrankungen bei (vormals obdachlosen) Bewohnern von Heimen des Katholischen Männerfürsorgevereins in München; München 1997; Eigendruck

Fichter, M.; Quadflieg, N.; Cuntz, U.: Prävalenz körperlicher und seelischer Erkrankungen; Deutsches Ärzteblatt 97; Heft 17; April 2000

Fichter, M. u. a.: Psychische Erkrankungen bei obdachlosen Männern und Frauen in München. Arbeitsbericht aus dem Forschungsbereich Epidemiologie und Evaluation der Psychiatrischen Universitätsklinik München. In: European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience 1996 (deutsch 1997)

Vgl. auch: Kunstmann, Wilfried und Becker, Hinnerk: Methodische Probleme der Erhebung psychiatrischer Krankheitsprävalenzen unter Wohnungslosen. In: *wohnungslos. Aktuelles aus Theorie und Praxis zur Armut und Wohnungslosigkeit*. Hrsg: Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V., Heft 3/1998. VSH Verlag Soziale Hilfe Bielefeld. S. 106-113

² Greifenhagen, Annette und Fichter, Manfred: Verrückt und obdachlos – psychische Erkrankungen bei wohnungslosen Frauen. In: *wohnungslos. Aktuelles aus Theorie und Praxis zur Armut und Wohnungslosigkeit*. Hrsg: Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V., Heft 3/1998. VSH Verlag Soziale Hilfe Bielefeld. S. 89-98

³ Zur Organisation der Hilfen für Personen in Mehrfachproblemlagen. Empfehlung der BAG Wohnungslosenhilfe e.V., erarbeitet vom Fachausschuss Beratung, Therapie, Versorgung, vom Gesamtvorstand der BAG W auf seiner Sitzung am 1./2. Februar 2000 verabschiedet. In: *wohnungslos 2/2000*

⁴ Salize, Hans Joachim; Dillmann-Lange, Cornelia und Kentner-Figura, Beate: Versorgungsbedarf psychisch kranker Wohnungsloser – Sind wir in der Lage, ihn zu erkennen? In: *Obdachlos und psychisch krank. Psychiatrie – Verlag Bonn 2002, S. 39/40.*

Ein Positionspapier der BAG Wohnungslosenhilfe e.V., erarbeitet vom Fachausschuss Gesundheit der BAG W, verabschiedet vom Gesamtvorstand der BAG W am 6./7. April 2006

Impressum:

Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V.
Boyenstraße 42 • 10115 Berlin
Tel (+49) 30-2 84 45 37-0 • Fax (+49) 30-2 84 45 37-19
www.bagw.de, info@bagw.de
Neuaufgabe November 2017

1884 - 1895
Die Arbeiter-Kolonie

1896 - 1941
1952 - 1968
Der Wanderer

1969 - 1994
Gefährdetenhilfe



wohnungslos

Aktuelles aus Theorie und Praxis zur Armut und Wohnungslosigkeit

Thema

Psychisch kranke Menschen in einer Wohnungsnotfallsituation

- Die SEEWOLF-Studie
- Bewertung der SEEWOLF-Studie für die Wohnungslosenhilfe
- Methodische Probleme der Erhebung psychiatrischer Krankheitsprävalenzen in Studien zur psychischen Gesundheit Wohnungsloser
- Verbesserung der psychiatrischen Behandlungsprävalenz bei Risikopersonen vor dem Abrutschen in die Wohnungslosigkeit
- Frauen in Wohnungsnot und wie Psychologische Beratung helfen kann
- Wohnen in einem reichen Land

Praxis

- Housing First
- Familien in Wohnungsnot
- Prävention von Wohnungsverlusten im ländlichen Raum

Theorie und Forschung

- Langzeitwirkungen von Empowerment-Prozessen in den Lebensverläufen ehemals wohnungsloser Frauen
- Von der Mobilität breiter Gesellschaftsschichten zur Randgruppe

Rechtsprechung

- Zur Verpflichtung zur Finanzierung von Genossenschaftsanteilen als Voraussetzung für die Anmietung einer Wohnung durch eine obdach- und mittellose Person