

Die symptomatische Funktion des Substanzgebrauchs der Care Leaver

Fachliche Konsequenzen

Robert Frietsch, Dirk Holbach & Corinna Leißling

Zusammenfassung

Verschiedene Studien belegen eine Zunahme von Jugendlichen und Frauen in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe. Auffällig ist hier insbesondere die Anzahl Jugendlicher, auch als „Care Leaver“ bezeichnet, die nach der Entlassung aus der stationären Jugendhilfe in diesem Hilfesystem landen. Qualitative Analysen belegen eine hohe Vulnerabilität dieser Gruppe, die u. a. vielfältige Störungsbilder zur Folge hat. Besonders die symptomatische Funktion des Substanzgebrauchs ist bei diesen „Care Leavern“ signifikant. Neben traumatischen Erfahrungen im Elternhaus, Erfahrungen sexueller oder anderweitiger Gewalt und negativen Erfahrungen im Zusammenhang mit Schulbesuch ist die Biografie der Betroffenen auch durch zumeist vielfältige Betreuungsaabbrüche im Rahmen von stationären Jugendhilfemaßnahmen geprägt. Viele dieser jungen Menschen weisen zudem verfestigte Bindungsstörungen, unbewältigte Entwicklungsaufgaben und unterschiedliche psychische Krankheitsbilder auf und sind von BtMG-Delinquenz-Belastungen, Überschuldung sowie fehlender psychosozialer Unterstützung betroffen. Die aktuelle Lebenssituation dieser Zielgruppe ist als sehr prekär zu beschreiben und die bisherigen Hilfeangebote der Jugendhilfe waren definitiv nicht zielführend. Um zukünftig eine nachhaltige stationäre Jugendhilfe zu ermöglichen, ist es fachlich geboten, valide Erhebungsinstrumente zur Früherkennung von Störungsbildern einzusetzen und verstärkt Konzepte der Ressourcenaktivierung und Resilienzförderung auf Basis der Salutogenese anzubieten. Auf diese Weise sollen Entwicklungsstörungen und Entwicklungsbereiche (wie Bindungsstörungen, unbewältigte Entwicklungsaufgaben etc.) fachlich adäquat bearbeitet, die Verfestigung von Störungsbildern vermieden und der Substanzgebrauch der Zielgruppe sehr minimiert werden. Des weiteren gilt es, mit Hilfe eines Fachkräfte-Assessments einen verbindlichen Gesamt-Hilfeplan gemäß Case Management zu erstellen und eine professionelle Begleitung der Betroffenen für spezifische weiterführende Hilfen und Behandlungen zu gewährleisten. Zudem sind die Ansätze des neuen Kinder- und Jugendstärkungsgesetzes (KJSG) in der kommunalen Umsetzung weiter fachlich zu differenzieren und eine verbindliche Kooperation und Vernetzung von Jugend- und Suchthilfe zu gewährleisten.

Schlüsselwörter: Jugendhilfe, Care Leaver, Wohnungslosigkeit, Sucht- und Substanzgebrauch, Vulnerabilität, Salutogenese, Ressourcenaktivierung, Resilienzförderung, Fachkräfte Assessment, Kooperation und Vernetzung, Case Management, junge Wohnungslose

Abstract

Various studies show an increase of young people and women in homeless facilities. Particularly striking is the number of young people, also known as 'care leavers', who end up in this support system after being released from orphanages or foster homes. Qualitative Studies confirm a high vulnerability of this group, which among other things results in various disorders. The symptomatic function of substance use or rather substance abuse is particularly significant in these 'care leavers'. In addition to traumatic experiences in the parental home, experiences of sexual or other violence and negative experiences with school attendance, the biography of those affected is also characterized by a variety of interruptions or dropouts in childcare. Many of these young people also have solid attachment disorders, unresolved developmental tasks and various mental illnesses and are affected by delinquency charges in relation to the Controlled Substances Act, over-indebtedness and a lack of psychosocial support. The current living situation of this group can be described as very precarious and the help offered by youth welfare to date must be viewed as having failed. In order to enable a sustainable inpatient youth welfare in the future, it is professionally necessary to use valid survey instruments for the early detection

of disorders and to offer increased concepts of resource activation and resilience support on the basis of salutogenesis. In this way, developmental disorders and various areas of development (such as attachment disorders, unresolved developmental tasks, etc.) should be dealt with in a technically appropriate manner, the solidification of disorder patterns should be avoided and the substance use of the target group should be minimized. Furthermore, with the help of a professional assessment, a binding help plan in accordance with case management must be drawn up and professional support for specific further help and treatment must be guaranteed. In addition, the approaches of the new Child and Youth Strengthening Act (KJSG) are to be further differentiated from a technical point of view and a binding cooperation and networking of youth and addiction aid must be guaranteed.

Keywords: youth welfare, care leaver, homelessness, substance-related addiction and substance use, vulnerability, salutogenesis, resource activation, resilience, assessment, collaboration and networking, case management, young homeless people

Ausgangslage

Immer mehr junge Menschen¹, sowohl Kinder als auch Jugendliche, sind zunehmend von Wohnungslosigkeit betroffen oder befinden sich in prekären Wohnsituationen (Beierle & Hoch, 2017). Der Anstieg junger Wohnungsloser konnte durch aktuelle Studien (vgl. Deutscher Bundestag, 2018; Knopp et al., 2014; MASFFS Baden-Württemberg, 2015) ebenso verzeichnet werden, wie von Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe. Ins Auge fällt dabei auch besonders die Zahl an wohnungslosen Care Leavern² (Frietsch & Holbach, 2016). Im Rahmen der Studie zur Verbesserung der Teilhabe von Wohnungslosen in Rheinland-Pfalz durch professionelle Vermittlung und Koordination der Hilfeangebote von Wohnungslosen- und Suchtkrankenhilfe (TAWO-Studie), welche die psychosoziale und gesundheitliche Situation von jungen Wohnungslosen in Rheinland-Pfalz untersuchte, konnte bei einem Großteil der unter 25-jährigen Wohnungslosen ein direkter institutioneller Kontakt mit der Jugendhilfe festgestellt werden. Demnach war die Jugendhilfe ehemals bei 60 Prozent der männlichen und bei sogar 78 Prozent der weiblichen befragten Wohnungslosen involviert (Frietsch et

al., 2014). Laut Studie zur Situation von wohnungslosen jungen Erwachsenen, von 18 bis 25 Jahren in Düsseldorf hatten 75 Prozent der jungen Menschen vor Eintritt der Wohnungslosigkeit Kontakt zur Jugendhilfe (Knopp et al., 2014). Symptomatisch sind dabei die negativen Jugendhilfeerfahrungen der betroffenen jungen Menschen und die dokumentierten abrupten Entlassungen aus der Jugendhilfe. Die problematischen Verläufe und Erfahrungen der Fremdplatzierung/Heimunterbringung werden dabei oftmals als individuelles Scheitern den Jugendlichen zugeschrieben, die dieses Etikett als „Self-Fulfilling-Prophecy“ (sich selbst erfüllende Prophezeiung) in ihr Selbstbild übernehmen. Die Analysen der Biografien der jungen Wohnungslosen belegen darüber hinaus traumatische Erfahrungen im Elternhaus, verfestigte Bindungsstörungen, unbewältigte „Entwicklungsaufgaben“ (siehe hierzu im Einzelnen Oerter & Montada, 2008, sowie Hurrelmann & Quenzel, 2012) und fehlende psychosoziale Unterstützung im sozialen Nahbereich. Konstitutives Merkmal von wohnungslosen jungen Menschen ist deren Ausgrenzung³ oder die drohende Ausgrenzung aus sozialen Bezügen. In der biografischen Vorgeschichte treten bei jungen Wohnungslosen häufig mehr oder weniger starke Diskontinuitäten des Aufwachsens zutage. Zum Teil sind dies selbst initiierte oder von außen erwirkte Herausnahmen aus der Familie in Pflegestellen und/oder frühzeitige Heimerfahrungen mit wiederholtem Einrichtungswechsel sowie damit verbundenen Betreuungs- und Beziehungswechseln (Frietsch & Holbach, 2021).

Durch die TAWO-Studie (a.a.O., S. 5 f.) wurde für junge Wohnungslose bestätigt, dass die innerhalb der Rechtskreise des Sozialgesetz-

¹ Junge Menschen sind in Deutschland gem. § 7 Abs. 1 Nr. 4, SGB VIII Personen, die noch nicht 27 Jahre alt sind. Allerdings finden in der Praxis viele Jugendliche lediglich bis zum 18. Lebensjahr Unterstützung in Einrichtungen der Jugendhilfe. Spätestens der Beginn des 22. Lebensjahres stellt ein weiteres wichtiges Datum hinsichtlich der Leistungsgewährung in der Kinder- und Jugendhilfe dar. Im Bereich des SGB II – Grundsicherung für Arbeitsuchende gehen mit dem Beginn des 25. Lebensjahres sehr wesentliche leistungsrechtliche Konsequenzen einher. Dies sind u.a. der erst ab diesem Alter geltende Anspruch auf Leistungen zu Kosten der Unterkunft.

² Care Leaver*innen gehören zu der Personengruppe, „deren stationäre Erziehungshilfe im Zusammenhang mit dem Ziel der selbstständigen Lebensführung beendet wird bzw. wurde“ (Klein, 2021, S. 57). Auch die in diesem Zusammenhang stehenden Prozesse des „Leaving Care“, der Abbrüche aus sehr diversen Gründen, auch der einseitigen Aufkündigung der Jugendhilfemaßnahme durch Jugendhilfeträger (Sievers et al., 2018, S. 8) ist mit besonderen Herausforderungen verknüpft (Fegert, Schröder, Wolf 2017) dem „das System der Kinder- und Jugendhilfe [...] in der Regel (noch) nicht hinreichend Rechnung trägt“ (Klein et al., 2021, S. 57).

³ Ausgrenzung kann hier verstanden werden als kumulativer und interdependenter Prozess der Benachteiligung in einer Vielzahl unterschiedlicher, für die Lebensführung relevanter Funktionsbereiche der Gesellschaft (mehrfache Entlassungen aus der stationären Jugendhilfe, mehrfache Brüche in der Schul- und Ausbildung...).

buches (SGB I bis XII) „Arbeitsförderung“, „Grundsicherung“, „Jugendhilfe“ und „Sozialhilfe“ angewendete Leistungspraxis durch immanente Unstimmigkeiten und Engführungen geprägt ist und oft in Leistungsverweigerung mündet. Zwar gibt es rechtliche Zuständigkeitsbestimmungen in allen Leistungssystemen gegenüber den jeweils anderen, die zahlreichen unbestimmten Rechtsbegriffe – z. B. „besondere soziale Schwierigkeiten“ (§ 67 SGB XII) oder „Hilfe zu einer eigenverantwortlichen Lebensführung“ (§ 41 SGB VIII) – lassen jedoch Spielräume für die Versagung von Hilfen und Verweise auf die (vermeintliche) Zuständigkeit anderer Systeme zu⁴. Diese mehrfach belegten eklatanten strukturellen Reibungspunkte bei der Hilfebeantragung und die oft zögerliche und ungenügende Hilfe für Jugendliche und junge Volljährige sind auch dafür verantwortlich zu machen, dass die „Compliance“ (u. a. Mitwirkungsverantwortung gem. §§ 60 ff. SGB I) bei den Betroffenen sehr gering ist und in der Praxis mit Sanktionen nach SGB II bis hin zum vollständigen Leistungsentzug belegt wird. Hier lässt sich ein „Hilfe-Circulus-Vitiosus“⁵ nachzeichnen, der aufgrund der ungenügenden Hilfestrukturen und verweigerten Hilfen zu Lasten der betroffenen Wohnungslosen geht. Es ist daher dringend erforderlich, sowohl auf Seiten der Hilfestrukturen als auch bei den konzeptionellen, methodischen Ausrichtungen in den Hilfeeinrichtungen, Reibungspunkte und Unzulänglichkeiten abzubauen und die Mitwirkungsbereitschaft nachhaltig zu verbessern.

Lebens- und Gesundheitssituation von Care Leavern

Zur Lebens- und Gesundheitssituation von „Care Leavern“ liegen inzwischen vielfältige empirische Erhebungen vor. Die Analyseergebnisse der Studien zu „Care Leavern“ zeigen, dass diese Jugendlichen im Vergleich zu ihren „Peers“ nach der Entlassung aus der stationären Jugendhilfe häufiger obdachlos, psychisch krank, suchtmittelabhängig und überschuldet sind oder mit dem Gesetz in Konflikt kommen (u. a. mit BtMG-Delinquenz belastet).

Empirisch belegt ist weiter, dass 22 Prozent der Kinder und Jugendlichen, die in schwierigen sozialen und Beziehungskonstellationen

aufwachsen (vgl. Trautmann-Voigt, 2014, S. 75 ff., sowie zur aktuellen Studienlage: Strauß & Schauenburg, 2017) und in eine stationäre Kinder- und Jugendhilfeeinrichtung aufgenommen wurden, Hinweise auf psychische Störungen oder Suchtverhalten zeigen und in der Folge durch kumulierte psychosoziale Risikofaktoren gekennzeichnet sind (Fegert & Besier, 2013; Ziegenhain & Gloger-Tippelt, 2013).

Unter Gendergesichtspunkten ist bei den Care Leavern, die in der Wohnungslosenhilfe landen, in den letzten Jahren eine immer größer werdende Zahl junger Frauen festzustellen. Sie bilden eine heterogene Gruppe, die sich hinsichtlich Lebenssituation und Gesundheitszustand deutlich unterscheiden (Köppen et al., 2017).

Die epidemiologischen Studien an zwanzig repräsentativen Jugendhilfeeinrichtungen in Baden-Württemberg dokumentieren für 60 Prozent der Kinder und Jugendlichen unterschiedliche Diagnosen für psychische Störungen. Laut einer Studie zur Situation von wohnungslosen jungen Erwachsenen von 18 bis 25 Jahren in Düsseldorf hatten 75 Prozent der jungen Menschen vor Eintritt der Wohnungslosigkeit Kontakt zur Jugendhilfe (Knopp et al., 2014).

Mit diesen Analysen/Initiativen zum Bereich „Care Leaver“ werden differenziert disziplin-übergreifende Problemanzeigen dokumentiert. Gleichzeitig sind sie ein sozial- und fachpolitischer Appell, dringend strukturelle und fachliche Voraussetzungen für adäquate Hilfen zu schaffen.

Hier wird deutlich, dass die vorgehaltenen Hilfe- und Integrationsmaßnahmen für diese Zielgruppe nicht zielführend sind. Die bisherigen Studienergebnisse (vgl. Landesstelle Sucht NRW, 2019) belegen, dass ein spezifisches strukturelles Setting an fachlicher disziplin-übergreifender Förderung und Unterstützung geboten ist.

Ziele des Praxis-Forschungsprojekts Care Leaver

Für junge Menschen, die einen Teil ihres Lebens in Pflegefamilien und/oder in stationären Einrichtungen der Jugendhilfe verbracht haben und durch gravierende komplexe Problemlagen belastet sind (siehe Frietsch & Holbach, 2021), stellt die Beendigung dieser Jugendhilfemaßnahmen und der damit verbundene Übergang in das geforderte selbstständige Erwachsenenleben eine sehr kritische Weichenstellung dar. Um diesen Übergangsprozess nachhaltig gelingend zu gestalten – und zur Prävention von Wohnungslosigkeit – ist eine Analyse der

⁴ Zu rechtlichen Fragen siehe dazu auch den Beitrag von Falk Roscher in dieser Ausgabe.

⁵ Inzwischen liegen vielfältige Erklärungsansätze für psychische Störungsbilder, soziale Ausgrenzungen vor, die sich auf Circulus-Vitiosus-Modelle berufen, siehe hierzu exemplarisch das Erklärungsmodell der Depression von Hautzinger, 1997, S. 14.

Hilfeverläufe/-erfahrungen dieser Gruppe der „Care Leaver“ von großer Bedeutung. Es gilt zum einen, die Gründe für das Scheitern der Jugendhilfe für diese Adressat*innen zu untersuchen und zum anderen adäquate strukturelle und fachliche Konsequenzen zu entwickeln. Das Institut für Forschung und Weiterbildung (IFW) der Hochschule Koblenz hat daher ein Praxis-Forschungsprojekt⁶ Gesundheits- und Lebensorientierung für „Care Leaver“ konzipiert, das auf die Verbesserung der Gesundheits- und Lebenssituation von jungen Menschen zielt, die bisher in Pflegefamilien und in der stationären Jugendhilfe betreut wurden und spezifische Problemlagen aufweisen. Für diese Gruppe von „Care Leavern“ ist im Falle einer Verfestigung und Chronifizierung spezifischer Problemlagen von einer Verschlechterung der physischen und psychischen Lebens- und Gesundheitssituation sowie damit einhergehender verstärkter und dauerhafter sozialer Ausgrenzung auszugehen. Die psychosozial vulnerable und sozioökonomisch benachteiligte Zielgruppe benötigt spezifische strukturelle und professionelle Unterstützung, um sich auf dieser Basis eine adäquate Lebensorientierung und gesellschaftliche Teilhabe erschließen zu können.

Analyse der Hilfeerfahrungen von Care Leavern

Die Basis für die Erhebungen in der Zielgruppe der „Care Leaver“ sind die verbindlichen Kooperationsvereinbarungen zwischen der Hochschule Koblenz und 30 regional tätigen Praxiseinrichtungen aus vier Bundesländern. Teil nehmen Institutionen aus den Bereichen öffentliche und freie Jugendhilfe, ambulante und stationäre Wohnungslosenhilfe, Suchthilfe, Jobcenter, Agentur für Arbeit, Bildungseinrichtungen sowie Bewährungshilfe. In diesen Hilfe-einrichtungen wurden und werden zukünftig mit „Care Leavern“ auf datenschutzrechtlicher und vertrauensvoller Basis umfangreiche Erhebungen durchgeführt. Bis Juni 2021 konnten im Projektverlauf bereits mit 176 jungen „Care Leavern“ Interviews, Fragebogen und Tests zur Lebenssituation sowie bisherige Hilfeerfahrungen erhoben werden.

Es wurde differenziert belegt, dass für diese als „Care Leaver“ in spezifischen Problemlagen bezeichnete Zielgruppe die bisherigen Hilfeangebote der Jugendhilfe als gescheitert angesehen werden müssen und die aktuelle Lebenssi-

tuation als sehr prekär zu beschreiben ist. Hier wird deutlich, dass die bisher vorgehaltenen Hilfe- und Integrationsmaßnahmen für diese Zielgruppe nicht adäquat sind. Hingegen ist ein spezifisches strukturelles Setting an fachlicher disziplinübergreifender Unterstützung und Förderung erforderlich (siehe zusammenfassend mit fachlichen Konsequenzen Frietsch & Holbach, 2021, S. 274 f.).

Spezifische Lebenserfahrungen

Die Auswertung der 176 Interviews und spezifischen Erhebungen erfolgte nach Geschlechtern differenziert (männlich 63 % und weiblich 37 %). Die Altersspanne der befragten Probanden reichte von 14 bis 35 Jahren.

Entwicklungsaufgaben und Kritische Lebensereignisse

Bei der als nicht bewältigt und sehr konfliktreich eingestuften Bewältigung von „Entwicklungsaufgaben“ wurde vor allem die „Emotionale Unabhängigkeit von Eltern“ (unsichere Bindungserfahrungen/Bindungsmuster; zusammengefasste Studienergebnisse vgl. Strauß & Schauenburg, 2017, sowie zur Relevanz der Fachlichkeit in Handlungsfeldern der Sozialen Arbeit siehe Gahleitner, 2014, S. 59 f.) als sehr belastend beschrieben. In der Folge zeigten sich bei den vorhandenen „Kritischen Lebensereignissen“ (vgl. Filipp & Aymanns, 2010, S. 41) am häufigsten „stark konfliktive Elternbeziehung“⁷, aber auch „eigene Alkohol- bzw. Drogenprobleme“ sowie „gravierende Gewalterfahrungen“ wurden häufig als „stark belastend“ eingestuft. Bei einer geschlechterspezifischen Betrachtung standen bei 54 Prozent der jungen Frauen „gravierende Gewalterfahrungen“ an erster Stelle, gefolgt von „stark konfliktive[n] Elternbeziehung[en]“ bei 34 Prozent der befragten jungen Frauen. Bei den jungen Männern wurden von 57 Prozent der Befragten „eigene Alkohol/Drogenprobleme“ an erster Stelle und „Gewalterfahrungen“ von 39 Prozent der Befragten an zweiter Stelle benannt. Sowohl bei den jungen Frauen (28 %) als auch den jungen Männern (38 %) stellte der „Tod einer engen Bezugsperson“ (oft Großeltern, die die Rolle als „Ersatzeltern“ übernommen hatten) eine starke Belastung dar.

⁶ Das Praxis-Forschungsprojekt „Gesundheits- u. Lebensorientierung für Care Leaver“ wird vom BMBF gefördert; Projektlaufzeit 01.04.2019–31.03.2023.

⁷ Unter dem Begriff Elternbeziehung sind sowohl biologische Eltern und auch Stiefeltern summiert sowie Konstellationen aus familienähnlichen Partnerschaften, in der von unterschiedlichen Eltern stammende Kinder leben (sogenannte Patchworkfamilien). Zu den konfliktiven Elternbeziehungen vgl. Frietsch & Holbach, 2016, S. 95 ff.

Von erlittenen Gewalterfahrungen generell berichteten 64 Prozent der jungen Frauen und 59 Prozent der jungen Männer. Keine Gewalt erlebt zu haben, äußerten 21 Prozent der Frauen und 17 Prozent der Männer. Der Anteil der Befragten ohne Aussage zu dieser Thematik war mit 24 Prozent bei den Männern und 15 Prozent bei den Frauen sehr hoch. Die Erfahrung von sexueller Gewalt wurde von 38 Prozent der jungen Frauen sowie von 23 Prozent der jungen Männer berichtet.

Zu bedenken ist, dass diese ungelösten, konfliktgeladenen „Entwicklungsaufgaben“ und „Kritischen Lebensereignisse“ weder in der stationären Jugendhilfe noch im Rahmen von externen therapeutischen Settings aufgearbeitet wurden. Die nachfolgend dokumentierten klinisch relevanten Störungsbilder sind hinsichtlich ihres psychodynamischen und psychosozialen Verlaufs in Verbindung mit diesen gravierend-komplexen Problemkonstellationen vor Aufnahme in die Jugendhilfe zu sehen.

Schulbildung und Schulabschluss

Bezogen auf die Schulbiografie der interviewten „Care Leaver“ werden erhebliche Brüche dokumentiert. Trotzdem gelingt es der überwiegenden Mehrheit der Befragten zumindest einen Hauptschulabschluss vorzuweisen. Aufgrund der vielfältigen negativen Erfahrungen im Zusammenhang mit Schulbesuch ist das Thema Schule und Schulabschluss bei den meisten Forschungsteilnehmer*innen emotional sehr belastet. Die Jugendhilfe/Jugendberufshilfe ist hier gefordert spezifische Angebote für adäquate Bildungs-/Ausbildungsabschlüsse vorzuhalten.

Erste Kinder- und Jugendhilfserfahrungen

Das Durchschnittsalter beim ersten stationären Aufenthalt in der Jugendhilfe bzw. der ersten Aufnahme in eine Pflegefamilie lag bei den Befragten bei 8,1 Jahren. In der Folge sind Betreuungsabbrüche, in vielen Fällen mehrfach, sowohl in Pflegefamilien als auch in der stationären Jugendhilfe charakteristisch. Disziplinarische Entlassungen aufgrund von BtM⁸-Delikten sind zudem bei vielen interviewten „Care Leavern“ in der Altersphase ab 14 Jahren belegt.

Psychiatrische Krankheitsbilder und Behandlungen

Ein Großteil der Befragten berichtete von Phasen psychischer Instabilität bis hin zu gravierenden behandlungsbedürftigen Krisen-Problematiken. Mit 76 Prozent (Frauen 91 %, Männer 70 %) war der Anteil der Befragten, die zur Behandlung eines psychiatrischen Krankheitsbildes bzw. einer psychischen Störung in einer ambulanten oder einer stationären ärztlichen/therapeutischen Behandlung waren, sehr hoch. Ein stationärer Aufenthalt zur Behandlung eines psychiatrischen Krankheitsbildes wurde von 59 Prozent der jungen Frauen und 38 Prozent der jungen Männer berichtet. Eine ambulante Behandlung ihrer psychischen Störungen erfolgte bei 31 Prozent der Frauen und bei 29 Prozent der Männer. Von einem Suizidversuch berichteten 34 Prozent der befragten jungen Frauen und 16 Prozent der jungen Männer.

Substanzkonsumverhalten, Störungsbilder und Hilfeeindrücke

Bei den Erhebungen im Rahmen des „Care Leaver“-Praxis-Forschungsprojekts wurde bei der Zielgruppe in erheblichem Ausmaß ein klinisch relevanter Missbrauch von Tabak, Alkohol und illegalen Drogen dokumentiert. Im Vergleich zum bundesweiten Drogen- und Rauschmittelgebrauch und -missbrauch zeigt sich eine überproportionale Substanzgebrauchs- und Suchtstörung nach DSM9-5-Skalierung bezüglich Alkohol und Drogen. So liegt der Anteil der im Rahmen des „Care Leaver“-Praxis-Forschungsprojekts befragten jungen Menschen, die schon einmal Cannabis konsumiert haben bei 86 Prozent im Vergleich zu ca. 20 Prozent der Altersgruppe in der Allgemeinbevölkerung (EU, 2021, S. 16; auch BMG, 2020, sowie Atzendorf et al., 2019). Die Substanzmissbrauchsgenesen, die sich aus den Analysen der Interviews ergeben und ein hohes Störungsniveau und Sucht-Erkrankungs-Potenzial belegen, weisen auf eine symptomatische, inadäquate „Selbstmedikation“ der Jugendlichen hin, zumal parallel die entwickelten manifesten psychiatrischen Krankheitsbilder und/oder psychomotorischen Verhaltensauffälligkeiten deutlich ausgeprägt sind. Den Einstieg in den übermäßigen Substanzgebrauch bilden nach den Interviewanalysen häufig die verhaltensverstärkenden strukturellen Gegebenheiten in den stationären Einrichtungen der Jugendhilfe

⁸ BtM steht für Betäubungsmittel/Suchtmittel (Österreich) bzw. „illegale Drogen“.

⁹ DSM steht für Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (englisch) und zu Deutsch für „diagnostischer und statistischer Leitfaden psychischer Störungen“.

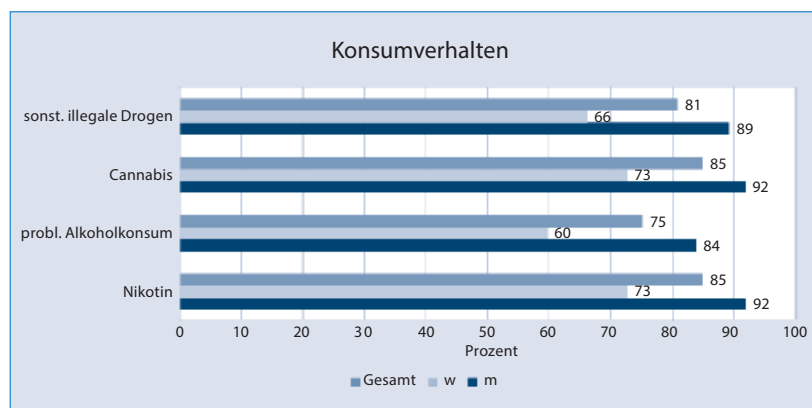


Abbildung 1

Konsumverhalten,
N 173 (w 62, m 111)

mit entsprechenden Peergroup-Orientierungen. Auch im Bereich des klinisch relevanten Tabakkonsums lagen die dokumentierten Anteile bei den befragten Jugendlichen weit überproportional zur Altersgruppe in der Allgemeinbevölkerung.

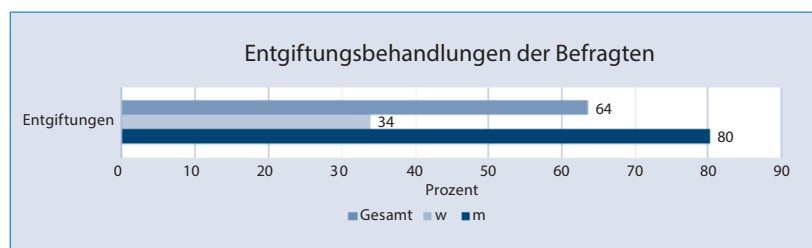


Abbildung 2

Häufigkeiten
Entgiftungsbehandlungen,
N 173 (w 62, m 111)

Das klinisch relevante Konsumverhalten ist in Abbildung 1 dargestellt. Darin umfasst die Variable „illegale Drogen“ die Substanzen Amphetamine, Ecstasy, LSD, Kokain, NPS¹⁰, Inha-

¹⁰ Bei Neuen Psychoaktiven Stoffen (NPS), auch als „Legal Highs“ oder „Research Chemicals (RCs)“ bezeichnet, handelt es sich um psychoaktive Substanzen, die online als Badesalze, Düngerpillen oder Kräutermischungen verkauft werden. Deren genaue Zusammensetzung und die Legalität des Vertriebs sind teilweise unbekannt bzw. strittig, wie auch deren (Langzeit-)Wirkung auf den Menschen.

lantien und Pilze. Der Konsum von Cannabis ist separat abgebildet. In der Kategorie Tabak/Nikotin wurde die Konsumform Wasserpfeife¹¹ erfasst.

Deutliche Unterschiede im Substanzkonsumverhalten werden zwischen jungen Frauen und jungen Männern dokumentiert. Tendenziell liegt das Konsumverhalten der jungen Frauen um ca. 25 Prozent niedriger als das der jungen Männer.

Eine Suchtproblematik im Bereich der stoffungebundenen Süchte, insbesondere hinsichtlich problematischen Internetgebrauchs bzw. Computerspielsucht, wurde nur bei wenigen Befragten dokumentiert. Inwieweit dieses niedrige Störungsniveau im Zusammenhang mit dem fehlenden bzw. eingeschränkten Zugang zu den entsprechenden Medien aufgrund der Wohnverhältnisse der Befragten (Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe etc.) stand, wurde in der Erhebung nicht aufgeklärt.

Suchtbehandlungen (Entgiftung)

Analog zum Konsumverhalten bildet sich die Geschlechterverteilung bei den Häufigkeiten der Entgiftungsbehandlungen ab. Bei 80 Prozent der jungen Männer ist mindestens eine Entgiftung dokumentiert. Bei den jungen befragten Frauen trifft dies bei 34 Prozent zu.

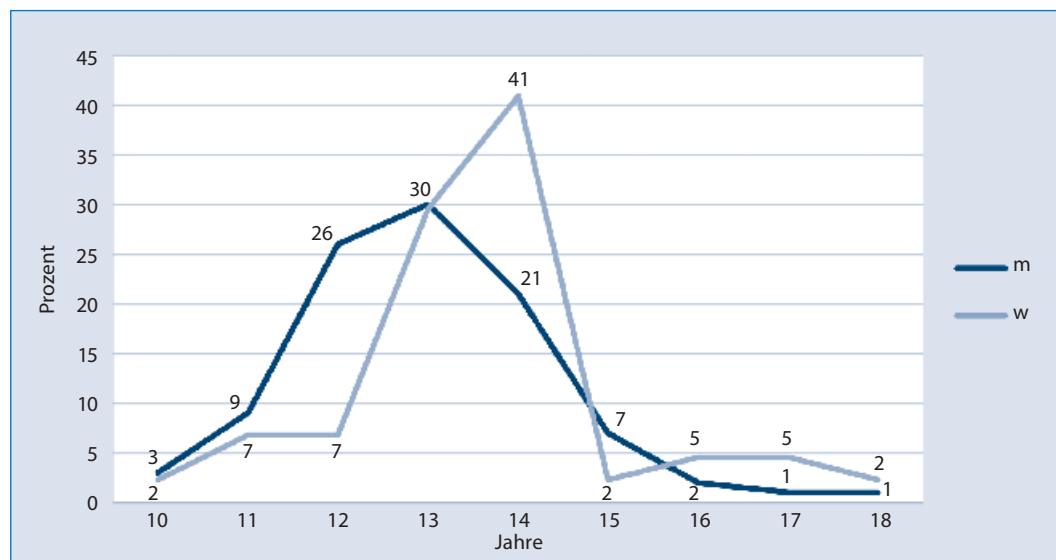
Alter beim ersten Drogenkonsum

Der erste Drogenkonsum fand geschlechterübergreifend bis zum 14. Lebensjahr statt. Während bei den Mädchen ab dem 12. Lebens-

¹¹ Sammelbegriff für Shisha, Narghileh, Arghileh, Hookah oder Hubble Bubble.

Abbildung 3

Alter erster Drogenkonsum,
N 144 (w 44, m 100)



jahr ein deutlicher Anstieg für Drogenkonsum zu verzeichnen ist, findet dies bei den Jungen bereits im Alter von elf Jahren statt. Bei zwei Drittel der Jungen (67 %) lag der Erstkonsum zwischen dem 10. und 13. Lebensjahr. Bei den jungen Frauen geschah dies bis zum 14. Lebensjahr.

Abbildung 3 verdeutlicht die Extremwerte: Der erste Drogenkonsum fand bei zwei Prozent der jungen Frauen und drei Prozent der jungen Männer bereits im Alter von zehn Jahren statt.

Multivariate Auswertung zum Konsumverhalten – Mischkonsum

Die auffällig hohen Werte hinsichtlich Konsumverhalten bilden sich auch im Mischkonsum ab. Dies bestätigt den generellen Trend eines polyvalenten Konsumverhaltens (Mehrfach- bzw. Mischkonsum). Dies bildet sich nach Geschlechtern getrennt in Tabelle 1 ab.

Psychiatrische Behandlungserfahrung und Konsumverhalten

Von den befragten Jugendlichen ohne psychiatrische Behandlungserfahrung geben 90 Prozent (w 67 %, m 94 %) den Konsum von Nikotin an (N 42, w 6, m 36). Im Vergleich dazu geben dies lediglich 83 Prozent (w 73 %, m 91 %) der Jugendlichen mit psychiatrischer Behandlungserfahrung an (N 131, w 56, m 75).

Von den Jugendlichen ohne psychiatrische Behandlungserfahrung geben 83 Prozent (w 67 %, m 86 %) problematischen Alkoholkonsum an (N 42, w 6, m 36). Im Vergleich dazu geben dies lediglich 73 Prozent (w 59 %, m 83 %) der Befragten mit psychiatrischer Behandlungserfahrung an (N 131, w 56, m 75).

Von den Befragten ohne psychiatrische Behandlungserfahrung geben 93 Prozent (w 67 %, m 97 %) den Konsum von Cannabis an (N 42, w 6, m 36). Im Vergleich dazu geben dies nur 82 Prozent (w 73 %, m 89 %) der Befragten mit psychiatrischer Behandlungserfahrung an (N 131, w 56, m 75).

Von den Befragten ohne psychiatrische Behandlungserfahrung geben 86 Prozent (w 33 %, m 94 %) den Konsum sonstiger illegaler Drogen an (N 42, w 6, m 36). Im Vergleich dazu geben dies nur 79 Prozent (w 70 %, m 87 %) der Befragten mit psychiatrischer Behandlungserfahrung an (N 131, w 56, m 75).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass bei den befragten jugendlichen „Care Leavern“ ein überproportional hoher Anteil eine stoffgebundene Suchtproblematik auf-

Mischkonsum (N 143)	w (n 44)	m (n 100)	Gesamt
Alkohol – Cannabis	59 %	79 %	72 %
Cannabis – Nikotin	71 %	88 %	82 %
Cannabis – sonstige illegale Drogen	67 %	89 %	81 %
Alkohol – sonstige illegale Drogen	55 %	77 %	69 %
Nikotin – sonstige illegale Drogen	65 %	87 %	79 %

Tabelle 1

Mischkonsum

weist. Diese Problematik wird von den Jugendlichen in der Retrospektive als direkte negative Beeinflussung der sozialen Situation und der gesundheitlichen Entwicklung erlebt. Die Peer-group-Orientierungen stellten in den Aussagen der Jugendlichen ein entscheidendes Einstiegsritual in den Drogenkonsum während ihres Aufenthalts in den Einrichtungen der Jugendhilfe dar. Diese psychosozialen Rahmenbedingungen in Einrichtungen der Jugendhilfe, die Peergroup-Verfügbarkeit von Drogen sowie das fachlich-ignorante Verhalten der Fachkräfte, das wohlwollend im Sinne des Ansatzes „Radical Non-Intervention“ (vgl. u. a. Schur, 1973) zur Vermeidung von Kriminalisierung/Stigmatisierung gedeutet werden könnte), führte in vielen Fällen zu einer Verfestigung der Substanzgebrauchsstörung.

Aus den Analysen der Leitfaden-Interviews mit „Care Leavern“ wird die Wechselwirkung zwischen Suchtverhaltenstendenzen und weiteren psychischen, psychiatrischen Verhaltensauffälligkeiten deutlich. Hier treten Formen psychiatrischer Komorbiditäten zu Tage, die eine Verstärkung der psychischen Symptome wie Psychosen, Depressionen oder anderer psychischer Auffälligkeiten als Folge des Drogenkonsums aufweisen. Gleichzeitig schilderten Betroffene auch die Versuche, die belastenden psychischen Symptome durch unkontrollierten Substanzkonsum zu dämpfen. Geschildert wurden hier Effekte, dass durch die starke Drogenwirkung psychische und psychosoziale Probleme in den Hintergrund traten und der „Gebrauch“ gewissermaßen als inadäquate „Selbstmedikation“ praktiziert wurde, um die Lebenssituation zumindest vorübergehend erträglicher zu gestalten.

Corona-Pandemie als Konsum-Booster

Die Corona-Pandemie hat zweifellos starke Auswirkungen auf die Lebenssituation junger Menschen und in der Folge auch auf ihr Konsumverhalten. Erste Studien zu den Auswirkungen der COVID-19-Pandemie belegen Folgen für die psychische Gesundheit, die Lebensqualität und das Gesundheitsverhalten (vgl. Ravens-Sieberer et al., 2020). Im Pandemie-

geschehen und durch die ergriffenen Eindämmungsmaßnahmen war die Stressbelastung z.B. dadurch erhöht, dass viele junge Menschen ihren Alltag während der Schließungen von Bildungs- und Betreuungseinrichtungen, aber auch von Jugendämtern und parallelem „Homeschooling“/„Homeoffice“ neu organisieren mussten. Besonders für die Zielgruppe, die von den diversen Schließungen betroffen war und zugleich über ein nur sehr eingeschränkt stützendes Sozialnetz verfügt, waren wichtige Möglichkeiten der Stressregulierung (z.B. Treffen mit Gleichaltrigen – auch im Schulbereich) sehr stark reduziert (Zhang et al., 2020). Somit ist die Zielgruppe der „Care Leaver“ als eine entwicklungsbedingt vulnerable Bevölkerungsgruppe von den Auswirkungen der Pandemie und den Eindämmungsmaßnahmen besonders betroffen (Fegert et al., 2020). Belegt ist, dass der Verlust an Tagesstruktur und außerfamiliärer sozialer Interaktion in Folge des Pandemiegeschehens auch die Symptomatik für Jugendliche mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) verschlechtert (Zhang et al., 2020). Die bisher vorliegenden Ergebnisse des „Care-Leaver“-Praxis-Forschungsprojekts bestätigen analoge Effekte der Pandemielage auf die psychische Gesundheit junger Menschen. Dabei sind im Rahmen der Erhebung krisenbedingte Herausforderungen und Belastungen bei der Zielgruppe festzustellen, die sich auch im stoffgebundenen und digitalen Konsumverhalten manifestieren. Dies verstärkt die Vulnerabilität vieler Jugendlicher und bedarf einer weiteren fachlichen Reflexion.

Zu besorgniserregenden Entwicklungen beim Konsumverhalten im Zusammenhang mit der Pandemie gehört laut Europäischem Drogenbericht die Beobachtung über die Verfügbarkeit kleinerer Dosen oder billigerer Verpackungen von Heroin, Crack und Benzodiazepinen (EU, 2021, S. 10). Von Fachleuten werden zunehmend starke Bedenken hinsichtlich des Missbrauchs von Benzodiazepinen geäußert, die aus der therapeutischen Anwendung abgezweigt wurden und immer häufiger illegal gedealt werden. Ein erhöhter Konsum von Benzodiazepinen wurde bei verschiedenen Gruppen von Konsumierenden (u.a. Obdachlosen) beobachtet, was auf eine hohe Verfügbarkeit wegen niedriger Kosten dieser Substanzen sowie auf Pandemie-assoziierte psychische Probleme zurückzuführen ist. Laut Europäischem Drogenbericht (EU, 2021, S. 11) verdient diese Kategorie neuer Benzodiazepine größere Aufmerksamkeit, da ihr Konsum in Kombination mit anderen psychoaktiven Substanzen, einschließlich Opioiden und Alkohol, das Risiko tödlicher Überdosierung erhöht und mit ge-

walttätigen oder negativen Verhaltensweisen in Verbindung gebracht wird. Der Trend zum heimischen Cannabis-Anbau, der teilweise auf Ausgangsbeschränkungen zurückzuführen ist, hat sich 2020 fortgesetzt. Sorge bereitet auch die Zunahme an Berichten, dass auf dem Drogen-schwarzmarkt angebotenes Cannabis durch synthetische Cannabinoide verfälscht wurde (ebd.).

Lebensorientierung

Durch den Einsatz des Fragebogens „Sense of Coherence Scale“ (SOC 29; deutsch: Skala des Kohärenzgefühls) von Antonovsky (siehe BZgA, 2001) wurden bei den Befragten psychosoziale Lebenserfahrungen und Einstellungen erhoben, die im Sinne einer Lebensorientierung Einfluss auf Stressbewältigung und Gesundheit in Lebenssituationen jeglicher Art haben.

Das Ergebnis des SOC-Mittelwertes beträgt bei den befragten jungen Frauen den Wert 106 und ist bei den jungen Männern mit 109 nur geringfügig höher. Im Gegensatz dazu erreicht die Vergleichsgruppe junger Menschen in der Allgemeinbevölkerung mit 146 einen wesentlich höheren Wert. Lediglich fünf der befragten „Care Leaver“ erreichten einen SOC-Wert, der im Wertebereich der Allgemeinbevölkerung liegt. Diese Ergebnisse des SOC 29 zur Erhebung der Lebensorientierung belegen die erhöhte Vulnerabilität fast aller Personen der Zielgruppe.

Vulnerabilität als Erklärungskonzept

Das Vulnerabilitätskonzept (zur Veranschaulichung siehe Abbildung 4) bietet hier das Erklärungsmodell für die Entwicklung und Verfestigung von Störungen unterschiedlichster Ausprägung. Danach ist Vulnerabilität die genetisch oder/und biographisch erworbene Verletzlichkeit als das Ergebnis von zeittextendierten vielschichtigen Be- und Überlastungen, die sich als Störungen zu Vulnerabilitätssymptomen dynamisieren. Solche psychosomatischen Symptome zeigen sich u.a. als Selbstschädigungstendenzen, beispielsweise als Suchtverhalten. Grundlegende Vulnerabilitätskriterien sind dabei unsichere soziale Netzwerke, fehlende Entlastungsmöglichkeiten, negative Selbstkonzepte, spezifisch verfestigte Attributionsstile. Erhöht wird die Vulnerabilität auch durch sozialökologisch oder entwicklungspsychologisch bedingte Diskontinuitäten/Übergänge (z. B. häufige Wechsel von Bezugspersonen wie dies bei „Care Leavern“ vielfältig dokumentiert

ist) einschließlich kritischer Lebensereignisse in der Familie sowie bei relevanten Bezugspersonen, wie Krankheit, Trennung/Scheidung, Arbeitslosigkeit.

Als adäquate fachlich Hilfe bieten sich hier eine Ressourcenaktivierung und Resilienzförderung durch die Module des HEDE-Trainings¹² (Franke & Witte, 2009) an.

Fazit

Aus den Analysen der Hilfeverläufe/-erfahrungen der untersuchten Gruppe der sogenannten „Care Leaver“ lässt sich klar ableiten, dass die institutionellen Hilfen – insbesondere der Jugendhilfe – bisher nicht fachlich adäquat erfolgt sind. In diesem Handlungsbereich sind daher leistungsrechtliche und konzeptionelle Neuausrichtungen einer rechtzeitigen psychosozialen Diagnostik und differenzierter fachlicher Hilfen dringend geboten. Die Auswertung der erhobenen Daten belegen zum einen unbewältigte Entwicklungsaufgaben und zum anderen massive, zum Teil traumatische Belastungserfahrungen der befragten Jugendlichen, die sich in einer hohen gesundheitlichen und psychosozialen Problemkomplexität abbilden. Eine Konsequenz daraus ist, dass diese Gruppe Jugendlicher häufiger riskante, sozial inadäquate Problemlösungsstrategien – hier in erster Linie Drogenabusus – praktizieren und damit die Umsetzung von Jugendhilfemaßnahmen ins Leere laufen. Dies führt fast zwangsläufig zu Abbrüchen und ohne Alltagsstruktur (Obdachlosigkeit) zu weiteren gravierenden gesundheitsschädigenden Verhaltensweisen und symptomatischen Verhaltensauffälligkeiten, wie klinisch relevante Substanzgebrauchsstörungen und daraus resultierend auch delinquentes Verhalten (gemäß BtMG). Die dokumentierten Lebensereignisse in der unterschiedlichen Bereiche generieren in ihrem Zusammenwirken

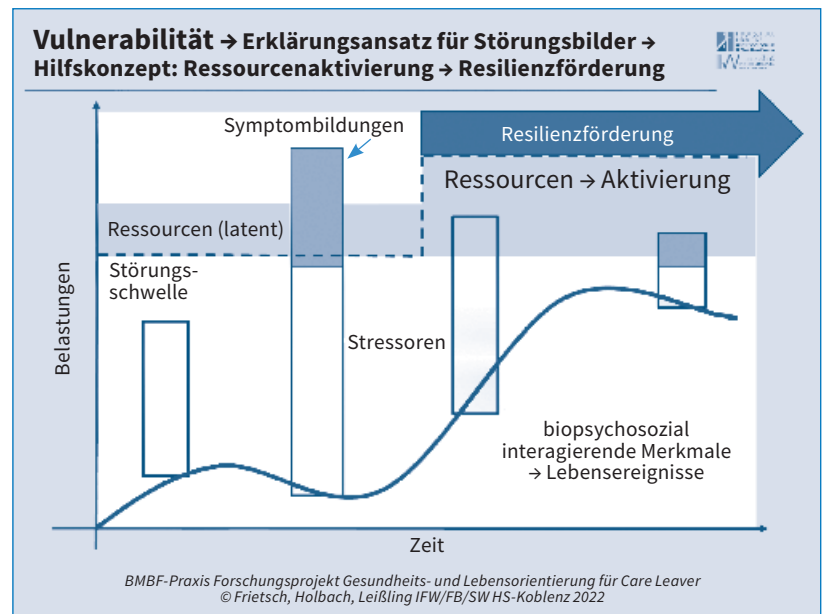


Abbildung 4

Vulnerabilität als Erklärungskonzept für Störungsbilder, Bearbeitung durch Ressourcenaktivierung und Resilienzförderung

eine Bündelung von starken Belastungen, denen auch eine erhöhte Vulnerabilität für psychopathologische Entwicklungen zugrunde liegt (siehe hierzu Graphik: Vulnerabilitätskonzept als Erklärungsansatz für psychische Störungen und Verhaltensverfestigungen). Für diese Gruppe der jungen „Care Leaver“ mit komplexen Entwicklungsbereichen müssen die methodischen Angebote zur Bearbeitung fachlich differenzierter ausgerichtet sein (für eine differenzierte Darstellung vgl. Ningel, 2011).

Konsequenzen für eine nachhaltige stationäre Jugendhilfe

Fachliches Setting

In der Folge von unsicheren Bindungserfahrungen zu den Hauptbezugspersonen, einem häufigen Wechsel von Bezugspersonen, mehrfache Wohnortwechsel, Gewalterfahrungen und massivem Drogenkonsum gekoppelt mit Delinquenz sind daher die Qualität der professionellen Beziehungen und eine adäquate konzeptionelle Ausrichtung für die Fachlichkeit in der Jugendhilfe und eine erfolgreiche Unterstützung der Zielgruppe ausschlaggebend. Es gilt den Kindern und Jugendlichen im Rahmen der Hilfen zur Erziehung Lernfelder zu eröffnen, um Konflikt- und Beziehungsfähigkeit fachlich begleitet einüben und Ressourcenförderung gestalten zu können. Dies ist die präventive Basis, um fachlich angeleitet Alternativen zu symptomatischen Verfestigungen von Substanzkonsumverhalten entwickeln zu können.

Die bisherigen Erhebungsergebnisse des Praxis-Forschungsprojekts „Care Leaver“ zei-

¹² Das HEDE-Training ist ein psychologisches Trainingsprogramm zur Gesundheitsförderung, das auf dem Salutogenese-Modell von Aaron Antonovsky beruht. Sein oberstes Ziel ist die Stärkung des Kohärenzgefühls und damit der Fähigkeit, die eigenen Potenziale zu nutzen und auch schwierige Zeiten ohne ernsthafte psychische oder physische Beeinträchtigungen zu überstehen.

Es wurde für Menschen entwickelt, die ihre Gesundheit verbessern und ihr Wohlbefinden steigern möchten, die nach neuen Möglichkeiten suchen, mit den Belastungen des Alltags umzugehen und die ihre gesundheitlichen Ressourcen erweitern möchten. Es ist besonders für diejenigen geeignet, deren Kohärenzgefühl durch aktuelle oder chronische Belastungen gefährdet ist. Zum Beispiel, weil sie sich in einer Phase der Neuorientierung befinden, sich an eine veränderte Lebenssituation anpassen müssen oder sich den Alltagsanforderungen nicht gewachsen fühlen.

Mit dem Wortspiel HEDE bezeichnete Antonovsky die Pole des Gesundheits-Krankheits-Kontinuums: Health-Ease und Dis-Ease. Das HEDE-Training zielt darauf ab möglichst nah an den Gesundheitspol heranzukommen.

gen, dass die Instrumente der Fachlichkeit für diese Zielgruppe zu differenzieren und zu erweitern sind, um frühzeitig dem Entwicklungs- und Förderbedarf gerecht zu werden und die Entwicklung und Verfestigung von Störungsbildern vermeiden zu können. Es gilt auch den Betroffenen eine professionelle Begleitung für spezifische weiterführende Hilfen und Behandlungen anzubieten (Fachkräfte-Assessment als Basis für die Erstellung eines methodisch abgestimmten, verbindlichen Gesamt-Hilfeplans gemäß Case Management (vgl. Wendt & Löcherbach, 2011). Als zielführend zur Differenzierung und Erweiterung der Fachlichkeit in der Jugendhilfe haben sich nach bisherigem Verlauf des BMBF-Praxis-Forschungsprojekts die folgenden Instrumente und Methoden erwiesen:

- Erfassung (Assessment) des individuellen Entwicklungs- und Förderbedarfs auf Basis des Case Management-Konzepts gemäß Deutscher Gesellschaft für Care und Case Management (gemäß DGCC),
- Fragebogen zur Lebensorientierung (SOC 29),
- Fragebogen zu Bindungserfahrungen/Bindungsmuster (RQ),
- Posttraumatische Stress Skala (PTSS 10),
- Fragebogen zur Gesundheitssituation (GHQ 12),
- Screening Alkoholbezogene Störungen (Alcohol Use Disorders Identification Test; WHO, 1982),
- Substanzgebrauchsstörungen illegale Substanzen, Medikamente (Severity of Dependence Scale; Gossop u. a., 1995, ggf. European addiction severity Index – Deutsche Version; Gsellhofer et al., 1997),
- Kritische Lebensereignisse (nach Siegrist & Geyer, 2014),
- Entwicklungsaufgaben (Oerter & Montada, 2008; Hurrelmann & Quenzel, 2012),
- Resilienzfragebogen (RS 25).

Weiter sollten spezifische Trainingsmodule zur adäquaten Förderung der Gesundheits- und Lebensorientierung spezifisch angepasst zur Anwendung kommen, Grundlagen dafür sind u. a. die Trainingsprogramme:

- Resilienztraining (HEDE-Training nach Franke & Witte, 2009),
- Salute! Was die Seele stark macht (Programm zur Förderung psychosozialer Gesundheitsressourcen nach Kaluza, 2014).

Strukturelles Setting

Es gilt weiter leistungsrechtlich abzusichern, dass fachlich gebotene Hilfemaßnahmen über

das 18. Lebensjahr hinaus bis zum 27. Lebensjahr gewährleistet sind. Nach der Entlassung aus der stationären Jugendhilfe sind für „Care Leaver“ (zu den fachlichen Konsequenzen der Nachhaltigkeit der stationären Jugendhilfe siehe Klein et al., 2021) fachlich unterschiedlich konzipierte Nachbetreuungen (für Krisenintervention, für sozialpädagogisch begleitete schul- bzw. berufsqualifizierende Maßnahmen, für sozial begleitete genderspezifische Wohnformen etc.) vorzuhalten. Vordringliches Ziel ist es, weitere Exklusionsprozesse für diese Jugendlichen bei der Entlassung aus der stationären Jugendhilfe durch ein fachlich differenziertes Entlass-Management mit integrierter Nachsorge konsequent zu vermeiden. Die methodische Erweiterung der Fachlichkeit sollte durch ein strukturelles Setting (welches auf der Grundlage des neuen KJSG zu finanzieren ist) ergänzt werden. Es sind vertraglich-verbindliche Kooperationsvereinbarungen zu etablieren, um ein reibungsloses Schnittstellen-Management (zwischen Jugendhilfe, Jobcenter, Suchtkrankenhilfe, Psychiatrie, Wohnungslosenhilfe, Schuldnerberatung etc.) wirkungsvoll umsetzen zu können. Da im Rahmen dieses Schnittstellen-Managements das Leistungsrecht von zentraler Bedeutung ist, kommt sowohl dem Allgemeinen Sozialen Dienst des Jugendamts (ab 17 Jahren) als auch dem Jobcenter (insbesondere für Personen unter 25 Jahren) bei der Umsetzung der Hilfeleistungen eines zeitlich differenziert (durch „Meilensteine“) abgestimmten Gesamt-Hilfeplans eine Schlüsselrolle zu.

Neu zu konzipieren, zu strukturieren und zu finanzieren nach dem KJSG sind:

- Qualität der Vorbereitung der stationären Jugendhilfe (Anwendung o. g. Instrumente).
- Entlassungsvorbereitung und kooperatives Entlassungsmanagement.
- Hilfeplangestaltung nach Beendigung der stationären Hilfe (gemäß Case Management).
- Institutionalisierte Aufrechterhaltung von Kontakten und Beziehungen zu den Fachkräften der Jugendhilfe (Rückkehrorientierung).
- Einrichtung offener Anlaufstellen für „Care Leaver“ zur Krisenintervention.
- Verbindliche Organisation einer flexiblen fachlichen Nachsorge.
- Regelmäßige Dokumentation und Analyse der Inanspruchnahme der Nachsorge-Angebote für „Care Leaver“ (Monitoring).
- Verbindliche Kooperationsverträge für weiterführende Hilfen (z. B. Suchthilfe) mit „Lotsenfunktion“.

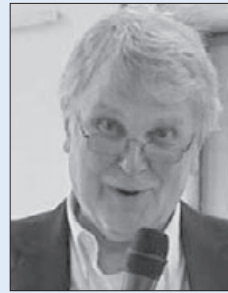
Es gilt, den rechtlichen Rahmen und die fachlichen Optionen des neuen KJSG auszufüllen und über die Verbände/Träger der Jugendhilfe in den länderspezifischen Verwaltungsvorschriften entsprechende fachliche Standards für die im Gesetz verkündete „Stärkung“ der Kinder- und Jugendhilfe zu verankern. Zentrales Ziel ist es, die spezifische psychosoziale Lebens- und Gesundheitssituation der Jugendlichen bereits zu Beginn der Jugendhilfemaßnahmen zu erkennen (zu diagnostizieren) und fachgerecht zu fördern, um die Basis zu schaffen, in der Folge die Bildung/Ausbildung und letztlich die gesellschaftliche Teilhabe der Jugendlichen partizipativ und nachhaltig gewährleisten zu können.

Literatur

- Atzendorf, J., Rauschert, C., Seitz, N.-N., Lochbühler, K. & Kraus, L. (2019) Gebrauch von Alkohol, Tabak, illegalen Drogen und Medikamenten. Schätzungen zu Konsum und substanzbezogenen Störungen in Deutschland. *Deutsches Ärzteblatt International*, 116, 577–584.
- Beierle, S. & Hoch, C. (2017). *Straßenjugendliche in Deutschland – Forschungsergebnisse und Empfehlungen*. Halle: Deutsches Jugendinstitut e.V.
- BMG. (2020). *Jahresbericht der Drogenbeauftragten der Bundesregierung 2020*. Berlin.
- BZgA. (2001). *Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert*. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung (Bd. 6). Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Deutscher Bundestag. (2018). *Sachstand Wohnungslose junge Menschen. Daten und Fakten aus aktuellen Studien*. WD 9 – 3000 – 091/18.
- Drogenbeauftragte der Bundesregierung. (2020). *Jahresbericht 2020*. Berlin.
- EU. (2021). *Europäischer Drogenbericht 2021. Trends und Entwicklungen*. Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union. doi:10.2810/54391
- Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht. (2020). *Europäischer Drogenbericht, Trends und Entwicklungen*. Lissabon.
- Fegert, J., Schröer, W. & Wolff, M. (2017). Persönliche Rechte von Kindern und Jugendlichen. In M. Wolff, W. Schröer & J. Fegert (Hrsg.), *Schutzkonzepte in Theorie und Praxis* (S. 14–24). Weinheim: Beltz Juventa.
- Fegert, J., Vitiello, B., Plener, P. et al. (2020). Challenges and burdens of the coronavirus 2019 (COVID-19) pandemic for child and adolescent mental health: a narrative review to highlight clinical and research needs in the acute phase and the long return to normality. *Child Adolescent Psychiatry Ment Health*, 14(1), 20.
- Fegert, J. & Besier, T. (2013). Entwicklungspsychopathologische Überlegungen zur mangelnden Integration von bindungstheoretischen, pädagogischen und familienrechtlichen Aspekten. *Zeitschrift für Pädagogik*, 59(6), 848–857.
- Filipp, S.-H. & Aymanns, P. (2010). *Kritische Lebensereignisse und Lebenskrisen. Vom Umgang mit den Schattenseiten des Lebens*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Franke, A. & Witte, M. (2009). *Das HEDE-Training. Manual zur Gesundheitsförderung auf der Basis der Salutogenese*. Mannheim: Huber.
- Frietsch, R., Holbach, D. & Link, S. (2014). *Tagungsdokumentation der Fachtagung „Menschen ohne Wohnung“ – Zum Bedarfe eines neuen Hilfskonzeptes für Wohnungslose in der Region Koblenz*. 25. September 2014 in Koblenz, Haus des Sports.
- Frietsch, R. & Holbach, D. (2016) Gravierend-komplexe Problemlagen bei jungen Wohnungslosen – aktuelle Forschungsergebnisse, strukturelle und fachliche Konsequenzen. In S. Gillich & R. Keicher (Hrsg.), *Suppe, Beratung, Politik* (S. 95–110). Wiesbaden: VS Springer.
- Frietsch, R., Holbach, D. (2021) Care Leaver als junge Wohnungslose. Neue Fachlichkeit durch Genderdifferenzierung, Salutogenese, Ressourcenorientierung, Case Management. *unser jugend*, 06, 270–277.
- Gahleitner, S. (2014). Bindung biopsychosozial: Professionelle Beziehungsgestaltung in der klinischen Sozialarbeit. In A. Trost (Hrsg.), *Bindungsorientierung in der Sozialen Arbeit* (S. 55–72). Dortmund: borgmann.
- Gossop, M., Darke, S., Griffiths, P., Hando, J., Powis, B., Hall, W. & Strang, J. (1995). The severity of dependence scale (SDS): psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users. *Addiction*, 90, 607–614.
- Gsellhofer, B., Fahrner, E.-M., Weiler, D., Vogt, M., Hron, U. & Platt, J. (1997). *European addiction severity index – Deutsche Version*. München: IFT – Institut für Therapieforschung.
- Hautzinger, M. (1997). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen* (4. Aufl.). Weinheim: Beltz Juventa.
- Hurrelmann, K. & Quenzel, G. (2012). *Lebensphase Jugend*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Kaluza, G. (2014). *Salute! Was die Seele stark macht. Programm zur Förderung psychosozialer Gesundheitsressourcen* (2. Aufl.). Marburg: Klett-Cotta.
- Klein, J. (2021). Care Leaver – Stationäre Jugendhilfe und ihre Nachhaltigkeit. In J. Klein, M. Macsenaere & S. Hiller (Hrsg.), *Care Leaver. Stationäre Jugendhilfe und ihre Nachhaltigkeit* (S. 56–170). Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Knopp, R., Bleck, C. & van Rießen, A. (2014). *Abchlussbericht Junge Wohnungslose U25*. Düsseldorf:

dorf. <http://www.socialnet.de/materialien/208.php>

- Köppen, B. & Hayner, H. (2017). *Explorative Studie: Zur Untersuchung der sozialen Beeinträchtigung und psychischen Gesundheit von Frauen und Männern in ASOG-Einrichtungen*. Berlin: GE-BEWO Soziale Dienste.
- Landesstelle Sucht NRW. (2019). *Wohnungslosigkeit und Abhängigkeitserkrankungen*. Köln.
- Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg. (2015). *Wohnungslosigkeit in Baden-Württemberg*. Stuttgart.
- Ningel, R. (2011). *Methoden der Klinischen Sozialarbeit*. Stuttgart: Haupt UTB.
- Oerter, R. & Montada, L. (Hrsg.). (2008). *Entwicklungspsychologie* (6. Aufl.). Weinheim: Beltz PVU.
- Ravens-Sieberer, U., Kaman, A., Otto, C. et al. (2020). Mental health and quality of life in children and adolescents during the COVID-19 pandemic – results of the COPS study. *Dtsch Arztebl Int*, 117, 828–829.
- Siegrist, J. & Geyer, S. (2014). *Inventar lebensverändernder Ereignisse. Zusammenstellung sozialwissenschaftlicher Items und Skalen (ZIS)*. doi:10.6102/zis92
- Sievers, B., Thomas, S. & Zeller, M. (2018). *Jugendhilfe – und dann? Zur Gestaltung der Übergänge junger Erwachsener aus stationären Erziehungshilfen – Ein Arbeitsbuch* (3. Aufl.). Frankfurt a. M.: Internationale Gesellschaft für erzieherische Hilfen.
- Strauß, B. & Schauenburg, H. (Hrsg.). (2017). *Bindung in Psychologie und Medizin, Grundlagen, Klinik und Forschung*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Trautmann-Voigt, S. (2014). Hilfen für jugendliche Mütter und ihre Babys – Aspekte bindungsorientierter Vernetzung zwischen Psychotherapie und Sozialer Arbeit. In A. Trost (Hrsg.), *Bindungsorientierung in der Sozialen Arbeit, Grundlagen – Forschungsergebnisse-Anwendungsbereiche* (S. 73 ff.). Basel: .borgmann.
- Wendt, W. R. & Löcherbach, P. (2011). *Case Management in der Entwicklung: Stand und Perspektiven in der Praxis*. Heidelberg: medhochzwei.
- Zhang, J., Shuai, L., Yu, H. et al. (2020) Acute stress, behavioural symptoms and mood states among school-age children with attention-deficit/hyperactive disorder during the COVID-19 outbreak. *Asian J Psychiatr*, 51, 102077.
- Ziegenhain, U. & Gloger-Tippelt, G. (2013). Bindung und Handlungssteuerung als frühe emotionale und kognitive Voraussetzungen von Bildung. *Zeitschrift für Pädagogik*, 59(6), 793–802.



Prof. Dr. Robert Frietsch, Dipl.-Psych.
Praxis-Forschungsprojekt „Care Leaver ...“
– Projektleiter –
Hochschule Koblenz,
FB Sozialwissenschaften,
Institut für Weiterbildung und Forschung
Konrad-Zuse-Straße 1
D-56075 Koblenz
frietsch@hs-koblenz.de



Dirk Holbach, M.A.
Hochschule Koblenz,
FB Sozialwissenschaften,
Institut für Weiterbildung und Forschung,
Praxis-Forschungsprojekt „Care Leaver...“
– Wissenschaftlicher Mitarbeiter –



Corinna Leißling, M.Sc.
Hochschule Koblenz,
FB Sozialwissenschaften,
Institut für Weiterbildung und Forschung,
Praxis-Forschungsprojekt „Care Leaver...“
– Wissenschaftliche Mitarbeiterin –

Historische und neuere Entwicklungslinien der Hilfen für wohnungslose drogengebrauchende Menschen

Eckhard Rohrmann

Zusammenfassung

Ende der 1980er Jahre kam es zu einer Abkehr von überkommenen Ansätzen, denen zufolge Nichtsesshaftigkeit eine den Betroffenen innewohnende Persönlichkeitsstörung sei. Auch das Hilfesystem wandelte sich von der Nichtsesshaften- zur Wohnungslosenhilfe. Seit etwa 20 Jahren jedoch scheint sich das überwunden geglaubte Problemverständnis wieder durchzusetzen und zuzuspitzen, mit entsprechenden Konsequenzen für die Hilfesysteme.

Schlüsselwörter: Nichtsesshaftigkeit, Sucht, psychische Krankheit, Therapeutisierung, Wohnungslosigkeit

Summary

At the end of the 1980s there was a renunciation from traditional approaches, according to which in German so-called Nichtsesshaftigkeit (untranslatable) was an inherent personality disorder in those affected. The help system also changed from helping the Nichtsesshaften (untranslatable) to helping the homeless. For about 20 years, however, the understanding of the problem, which was believed to have been overcome, seems to have been gaining ground again, with corresponding consequences for the help systems.

Keywords: addiction, mental illness, therapeutic treatment, homelessness

1 Vorbemerkung

Die Auffassung, die Lebensweise von Menschen, die insbesondere in den Industrieländern in Armut und Wohnungslosigkeit leben, sie werden seit 1938 häufig auch als „Nichtsesshafte“ (vgl. Bayerischer Landesverband für Wanderdienst, 1938) bezeichnet, sei ursächlich bedingt durch eine seit der Wende zum 20. Jahrhundert als „Poriomanie“, „Fugue“ oder zu Deutsch: „Wandertrieb“ bezeichnete und vermeintlich hirnanorganisch bedingte psychopathologische Persönlichkeitsstörung, welche in der einschlägigen Fachwelt bis in die 1960er Jahre nahezu einhellig vertreten wurde, feiert, so hat es den Anschein, seit den 1990er Jahren wieder neue Urstände, nachdem in den 1970er und 1980er Jahren aufgrund der Ergebnisse mehrerer sozialwissenschaftlicher Forschungsarbeiten gesellschaftspolitische Verursachungszusammenhänge für Armut und Wohnungsnot stärker in den Vordergrund ein-

schlägiger Fachdiskurse gerückt waren. 2002 erschien in zweiter Auflage eine Edition unter dem Titel „Obdachlos und psychisch krank“ (Nouvertné et al., 2002). Auch in einschlägigen Fachorganen erschienen in den letzten Jahren vermehrt Beiträge, die die Ergebnisse von Untersuchungen präsentieren, die auf eine hohe Korrelation von Armut und Wohnungslosigkeit auf der einen und vermeintlicher psychischer Krankheit oder Sucht auf der anderen Seite verweisen. Am 29. September 2010 fand in Bethel bei Bielefeld ein Fachtag zu dem Thema „Wohnungslosigkeit und das menschliche Gehirn?“ statt.¹ Vor diesem Hintergrund wird der folgende Beitrag zunächst wichtige Aspekte der Lebensbedingungen von Menschen ohne Wohnung skizzieren, anschließend die Historie der angerissenen Pathologisierungen von Armut und Wohnungslosigkeit in Geschichte und Ge-

¹ Vgl. DER RING. Monatszeitschrift der von Bodelschwingh-schen Stiftungen Bethel, 11/2010, 50, S. 8–9.

genwart nachzeichnen und sich kritisch damit auseinandersetzen.

2 Zur Einführung: Lebenslagen und Lebensbedingungen auf der Straße

Die Zahl der Wohnungslosen in Deutschland belief sich 2018 nach Schätzungen der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. (BAG W) auf ca. 678 000. Das waren 4,2 Prozent mehr als im Vorjahr; ca. 25 Prozent von ihnen waren Frauen (BAG W, 2019).

Wer ohne Wohnung lebt, muss in der Regel dauernd und immer wieder aufs Neue das nackte, unmittelbare Überleben sichern. Länger- oder auch nur mittelfristige Lebensplanung, Vorratshaltung etc. sind auf der Straße unmöglich. Persönliche Habseligkeiten müssen alle und ständig mitgeführt werden. Täglich sind Lebensmittel zu beschaffen, bei schlechtem Wetter, vor allem im Winter, muss Schutz vor der Witterung gefunden werden. Menschen, die unter solchen Bedingungen leben, verfügen kaum noch über die für uns so selbstverständlichen Zugriffs- und Kontrollmöglichkeiten auf das eigene Leben und die eigene Lebensplanung. Sie befinden sich durch die permanent erzwungene Öffentlichkeit ihres Lebens unter ständiger und kaum entrinnbarer Kontrolle durch Passanten sowie durch Institutionen der Sozialadministration, der Ordnungsbehörden und der Polizei. Bis heute erfolgt die öffentliche Bekämpfung von Wohnungslosigkeit in Deutschland primär nach überkommener polizeirechtlicher Tradition als Störung der öffentlichen Ordnung. Zwar ist Wohnungslosigkeit, juristisch „Landstreicherei“ genannt, ebenso wie Betteln, seit der Streichung des § 361 aus dem Strafgesetzbuch im Jahr 1974 in der Bundesrepublik kein Straftatbestand mehr, Obdachlosigkeit gilt jedoch bis heute als Ordnungswidrigkeit. Außerdem sind zahlreiche, ohne Wohnung oft zwingend erforderliche Überlebensstrategien nach wie vor strafbar, etwa der Aufenthalt in Bahnhöfen trotz Bahnverbots, das Übernachten in Neubauten oder Abbruchhäusern oder kleinere Diebstähle z. B. von Lebensmitteln. Zu beobachten ist außerdem, dass seit den 1980er Jahren, parallel zu dem fortschreitenden Sozialabbau, repressive Maßnahmen gegen die Opfer dieses Sozialabbaus zunehmen, Sozialpolitik mehr und mehr durch Innenpolitik substituiert wird. Viele Wohnungslose haben wegen Delikten, die mit ihrem unmittelbaren Überleben im Zusammenhang stehen, ein oft langes Vorstrafenregister und müssen im Wiederholungsfall

mit immer höherem Strafmaß rechnen, weil Gerichte in Wiederholungstatbeständen in der Regel Unbelehrbarkeit unterstellen, statt die Ausweglosigkeit der Lebenssituation dieser Menschen zu erkennen.

Schwieriger noch als den Tag zu verbringen, gestaltet sich für Menschen ohne Wohnung das Überleben in der Nacht. Jeder Mensch braucht, um physisch existieren zu können, eine bestimmte Menge Schlaf. Die meisten Wohnungslosen haben selbst für die Befriedigung dieses elementaren Grundbedürfnisses keine geeigneten Rückzugsmöglichkeiten. Der größte Teil der Betroffenen muss, wie sie es selbst nennen, „Platte machen“, d. h. in Parkanlagen, auf Bänken, in Kaufhauspassagen, in Hauseingängen, unter Brücken, auf Baustellen oder in Abbruchhäusern nächtigen. „Platte machen“ kann im Winter lebensbedrohlich sein. Nach Angaben der BAG W sind allein im Winter 2020/21 23 Menschen erfroren (BAG W, 2021), weil ihnen in Deutschland das in Art. 25, Abs. 1, Satz 1 von der UNO am 10. Dezember 1948 in der *Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte* deklarierte Menschenrecht auf eine Wohnung bis heute vorenthalten wird.

3 Die Theorie vom Wandertrieb (Poriomanie, Fugue)

Neben die oben skizzierte Kriminalisierung von Armut und Wohnungslosigkeit trat Ende des 19. Jahrhunderts die Pathologisierung.

3.1 Die Entdeckung des Wandertriebs und seine Etablierung in der psychiatrischen Krankheitslehre

1896 beschrieb die *„Arbeiter-Kolonie“* (Nr. 9, S. 334), die damalige Fachzeitschrift der Wanderfürsorge, erstmals „eine neue Krankheit“.

„Neben jenen vom geraden Wege abgeirrten Unglücklichen, welche Mangel an Energie oder unausrottbare Arbeitsscheu dazu bewogen, auf den Straßen herumzuzuln, von Stadt zu Stadt zu ziehen, um sich durch Betteln fortzubringen, ... giebt es unter den wandernden Leuten eine ganz eigenartige Species: Wanderer, die nicht wandern wollen, die aber wandern müssen.“

A. Pittres (sic!),² Professor an der medizinischen Fakultät in Bordeaux, hat dieser Art von Wandern besonderes Augenmerk gewidmet und ist zu der Erkenntnis gelangt, dass man es hier mit einer merkwürdigen Krankheit zu tun

² Gemeint ist der Nervenarzt Albert Pitres (1848–1928), der von 1881 bis 1919 an der Universität in Bordeaux lehrte.

hat, welche er ‚Impulsive Vagabondage‘ nennt“ (a.a.O., S. 334).

Das Phänomen des Wanderns wird hier also entweder als Ergebnis einer freien Willensentscheidung – also eigenen Verschuldens – oder aber, und das ist neu, als Ausdruck einer Krankheit verstanden.

1899 bezeichnete der ungarische Psychiater Gyula³ Donáth (1849–1944) diese von Pitres impulsive Vagabondage genannte Krankheit als epileptischen Wandertrieb und gab ihr den Namen „Poriomanie“. „Ich nenne den epileptischen Wandertrieb Poriomanie (ή πορεία = Wanderschaft, Marsch) und will damit seine pathologische und forensische Bedeutung hervorheben“ (Donath, 1899, S. 340).

3.2 Die Etablierung des Wandertriebs in der psychiatrischen Krankheitslehre

Diese hier grundgelegten Auffassungen gewannen in der Folgezeit immer mehr an Bedeutung und prägten in wachsendem Maße den gesellschaftlichen Umgang mit den „Wanderern“. Die Lehre vom Wandertrieb wurde fester Bestandteil im Mainstream psychiatrischer Lehrmeinung und fand auch Eingang in das Werk Kraepelins, dessen Krankheitslehre in wesentlichen Teilen noch heute die Klassifikation psychischer Krankheiten der ICD-10 prägt. Für ihn bildeten „die Landstreicher [...] eine höchst eigenartige Menschengruppe. Sie sind fast ausnahmslos geistig, oft auch körperlich minderwertig und enthalten einen erheblichen Anteil von ausgeprägten Geisteskranken“ (Kraepelin, 1920, S. 171).

Auch der Züricher Psychiater Eugen Bleuler (1916, S. 117) lehrte:

„Unter den Dämmerungen verdienen die Wanderzustände (Poriomanie, Fugues) besonders herausgehoben zu werden: ganz planloses [...] Fortlaufen, bald einfach motorisch, ohne andere Berücksichtigung der Außenwelt, als zum Laufen notwendig ist, bald äußerlich unauffällig [...], bald in einer Art, die zwischen diese beiden Extreme einzureihen ist. Die leichteren Formen sind mehr psychogen und können überall vorkommen, auch bei Hysterischen und bloßen Psychopathen [...]. Die schweren Formen gehören meist der Epilepsie an, die mittleren zum großen Teil der Schizophrenie“.

Bis heute findet sich in dem bekannten und weit verbreiteten, von Willibald Pschyrembel begründeten „Klinischen Wörterbuch“ der Eintrag:

„Poriomanie. Impulskontrollstörung mit unvermitteltem, zwanghaftem Weglaufen oder Umherirren ohne nachvollziehbaren Grund, wobei die Auslöser oft verborgen bleiben. Die Betroffenen sind meist nicht in der Lage, den Heimweg anzutreten oder zu finden und leiden unter Angst und Heimweh. Die Störung kommt im Rahmen verschiedener Erkrankungen vor.“ (Pschyrembel online)

1976 legten zwei Ärzte der von Bodelschwingschen Anstalten Bethel, Wilhelm Schwindt und Gerhard Veith, die Ergebnisse einer Untersuchung vor, mit der sie die organischen Ursachen der „Nichtsesshaftigkeit“ endlich herausfinden wollten. Sie seziierten dazu die Leichen von 82 „Nichtsesshaften“, untersuchten vor allem deren Gehirne gründlich und verglichen die Befunde mit nicht „Nichtsesshaften“⁴, um der Frage nachzugehen, „welche Erkrankungen vor der Nichtsesshaftigkeit entstanden, welche Relevanz ihnen für das Scheitern zukommt und welche Erkrankungen im Gefolge des unsteten Lebens auftraten“ (Veith & Schwindt, 1976, S. 14). Das Ergebnis:

„Im Einzelfall ist nicht immer zu entscheiden, ob die Anfänge der zum Tode führenden Erkrankung eine Mitursache des sozialen Abstieges waren oder ob das unstete Leben den raschen körperlichen Verfall bedingte“ (a.a.O., S. 20).

Mit anderen Worten: Die Untersuchung ist im Hinblick auf die ihr zugrundeliegende Fragestellung ergebnislos geblieben. So verfehlt es auch erscheint, bei den Betroffenen die organischen Ursachen für ein soziales Problem zu suchen, so wichtig ist jedoch ein anderes Ergebnis der Studie:

„Viele Nichtsesshafte unterscheiden sich hinsichtlich ihres körperlichen Aussehens und hinsichtlich charakteristischer innerer Krankheiten von der Durchschnittsbevölkerung“ (a.a.O., S. 35).

Diese an sich alarmierende Erkenntnis hätte allerdings eher Anlass für eine Untersuchung der ärztlichen Versorgung für diese Menschen geben müssen, statt zu einer Fortsetzung der Suche nach den körperlichen Ursachen von „Nichtsesshaftigkeit“. Dabei dürfen Schwindt

³ Donáth publizierte viel in deutschsprachigen Zeitschriften und firmierte dort unter dem Namen Julius Donath.

⁴ Das Unterscheidungsmerkmal: Die „Nichtsesshaften“ starben in einer Einrichtung der Nichtsesshaftenhilfe oder ohne Wohnung im Freien, die anderen unter anderen Umständen.

und Veith keinesfalls als Außenseiter in der medizinischen Diskussion betrachtet werden. Sie werden mit den Ergebnissen ihrer Untersuchungen vielmehr in späteren Arbeiten als Kronzeugen angeführt. In einem der seinerzeit bedeutendsten Standardwerke der Kinder- und Jugendpsychiatrie wurde noch 1994 auf die Studie von Schwindt und Veith Bezug genommen.

Trotz eingestandener Erfolglosigkeit wurde diese ausdrücklich als Beleg für die Existenz organischer Ursachen der beiden ersten Formen des Weglaufens angeführt: „Ein Kausalzusammenhang zwischen Hirnschädigung und Weglaufsymptomatik ließ sich generell nicht nachweisen, sie ist jedoch für eine große Zahl dieser erwachsenen Symptomträger anzunehmen (ebd.). Mit anderen Worten: Wo die Empirie versagt, tritt die Annahme, genauer: der Glaube an die organische Bedingtheit, an deren Stelle.

4 Zur Psychologisierung und Therapeutisierung von Armut und Wohnungslosigkeit in der sozialen Arbeit in den 1970er Jahren

Bis Anfang der 1970er Jahre prägte das psychopathologische Verständnis so genannter Nichtsesshafter nahezu unwidersprochen das Problemverständnis des einschlägigen, weithin stationär geprägten Hilfesystems. Als einzig angemessene Hilfe für diese Menschen wurde ihre zeitweise oder auch dauerhafte Unterbringung in im 19. Jahrhundert entstandenen stationären Einrichtungen angesehen. In den meisten Einrichtungen mussten die Untergebrachten durch Arbeitsleistungen zu den Unterbringungskosten beitragen.

4.1 Die Kritik des traditionellen Nichtsesshaftenverständnisses und neuere Erklärungsansätze von Armut und Wohnungsnot

Dieses Verständnis ist seit Beginn der siebziger Jahre immer mehr in die Kritik geraten. Diese Kritik – bzw. es ist richtiger von verschiedenen Kritiken zu sprechen – hat zweierlei bewirkt:

Erstens sind aus ihnen in den 1970er Jahren andere Erklärungsansätze von „Nichtsesshaftigkeit“ hervorgegangen, psychologische, die „Nichtsesshaftigkeit“ vereinfacht gesagt als eine Art Verhaltensstörung definieren (z.B. Wickert & Helmes, 1983), oder soziologisch-interaktionistische, wie das Tübinger Innovationsprojekt Nichtsesshaftenhilfe, die Nichtsess-

haftigkeit als „abweichende soziale Beziehung“ (Rothenberger, 1977, S. 106) oder als „pathologische Interaktion“ (von Keyserlingk, 1978, S. 13) erklären.

Zweitens haben diese Kritiken – und damit markieren sie den Beginn der zweiten Phase in der Entwicklung der Nichtsesshaftenhilfe – neue Hilfeansätze hervorgebracht, die bei allen Unterschieden eines gemeinsam haben: Sie haben die weitgehende Naturalisierung des Problemverständnisses traditioneller Nichtsesshaftenhilfe und deren sich weitgehend auf bloße Asylisierung ausgerichtete Hilfepraxis durch konzeptionelle Gestaltung des Hilfeprozesses abgelöst bzw. ergänzt. Vielmehr Gemeinsamkeiten gab es allerdings nicht.

Die eher sozialwissenschaftlich ausgerichteten Kritiken richteten sich vor allem gegen die Struktur des Hilfesystems. Auch wenn sie die Ontologisierung des überkommenen Problemverständnisses nicht vollständig zu überwinden vermochten, so richteten sie doch erstmals den Fokus auch auf die Verhältnisse und die Notlagen, unter denen die Betroffenen leben, verstanden das Problem dieser Menschen vor allem auch als Tatbestände der Unterversorgung u.a. in den Bereichen Wohnen, Arbeit oder soziale Sicherung.

Die psychologisch ausgerichteten Arbeiten orientierten sich theoretisch und methodisch zumeist an den Grundlagen der verhaltenstheoretisch ausgerichteten Psychologie. Als Ursachen für das – wie es heißt – „Nichtseßhaft-Werden“ sowie für das „Nichtseßhaft-Bleiben“ machten sie u.a. ein fehlerhaftes Konfliktlösungsverhalten der Betroffenen aus: „Der Gefährdete, so meinen wir, hat nur ein beschränktes Repertoire an Lösungsmustern für emotional belastende Entscheidungssituationen zur Verfügung“ (Wickert & Helmes 1983, S. 13). Kennzeichnend für „den Nichtsesshaften“ sei eine „evasive Konfliktlösung“ (a.a.O., S. 14), das heißt eine Tendenz, konfliktreiche Situationen zu verlassen bzw. von vornherein zu vermeiden. Dies wird mit Hilfe der Theorie des operanten Konditionierens unter ausdrücklichem Hinweis auf das Verhalten von Ratten in Laborversuchen erklärt.

„Indem das Verlassen der Situation („Erleichterung“, „Entspannung“) als Belohnung wirkt, wird es gelernt. Dies führt in einem Generalisierungsprozeß schließlich dazu, daß auch potentiell konfliktreiche Situationen gemieden werden. Wie die Laborratte rasch lernt, einen Schock zu vermeiden, wenn dieser durch ein Klingelzeichen angekündigt wird, so führt ein kleiner Hinweis auf eine mögliche Auseinandersetzung (z.B. mit dem Vorgesetzten) den Nichtseßhaften

zum Rückzug (z.B. durch „Fehlen am Arbeitsplatz“ oder auch „Ortswechsel“)" (a.a.O., S. 14).

Letztlich kommt die Untersuchung jedoch zu dem Ergebnis:

„Unsere Studien beweisen nicht, daß nichtseßhafte Menschen sich durch eine eigentümliche, spezifische seelische Struktur von allen anderen unterscheiden würden“ (ebd.).

4.2 Die Therapeutisierung der Nichtsesshaftenhilfe

Das psychologische Verständnis sog. Nichtsesshaftigkeit hat anders als die sozialwissenschaftlichen Ansätze zunächst nicht zu einer grundlegenden strukturellen Kritik am überkommenen Hilfesystem und zur Schaffung von alternativen Angeboten geführt, sondern, zumindest teilweise, zu einer Modernisierung, genauer, einer „Therapeutisierung“ der Hilfe unter weitgehender Beibehaltung der stationär geprägten Struktur. Aus manchen dieser Einrichtungen wurden – dem Anspruch nach – sozialtherapeutische Einrichtungen, die Arbeitspflicht vielfach als Arbeitstherapie bezeichnet, verpflichtend blieb sie immer noch. Die geleistete Arbeit diente und dient weithin bis heute nach wie vor in erster Linie zur Kostendeckung der Einrichtungen und nicht irgendwelchen erkennbaren therapeutischen Zielen oder der Verbesserung der individuellen Arbeitsmarktchancen.

Einige wenige Einrichtungen haben damals allerdings im Zuge dieser Entwicklung ihre Konzeptionen konsequenter und grundlegender verändert. Im Gegensatz zu den traditionellen Einrichtungen, die jedem Hilfesuchenden ohne Unterschied – im Rahmen der verfügbaren Plätze – ihre „Hilfe“ anboten, haben sie sich zu Spezialeinrichtungen entwickelt. Sie begannen die „Nichtsesshaften“ zu differenzieren und spezialisierten sich auf die Arbeit mit einer bestimmten Untergruppe. Eine wichtige Untergruppe waren dabei „Nichtsesshafte“ mit Alkoholproblemen:

„Aus der Erfahrung heraus, daß wir es mit einem recht unterschiedlichen Personenkreis zu tun haben (Motivation, Diagnose), sind wir zu der Einsicht gekommen, daß die Nichtseßhaftenhilfe allen ‚Nichtseßhaften‘ eine verantwortliche Hilfe leisten sollte, eine einzelne Einrichtung jedoch nur für einen bestimmten Personenkreis wirksame Hilfe leisten kann“ (Baumann et al. 1978, S. 16).

Derart begründeten z.B. die Beschäftigten des Heimathofes Homborn, einer stationären Nichtsesshafteneinrichtung in Breckerfeld bei Hagen, die seit 1977 den Weg zu einer therapeutischen Einrichtung seinerzeit bundesweit wohl am konsequentesten beschritten hatte, ihr damals neues Konzept. Die Einrichtung nahm fortan nur noch „Nichtsesshafte“ mit Alkoholproblemen auf. Um zu vermeiden, dass einzelne „Nichtsesshafte“ sich der Therapie gewissermaßen nur „zum Schein“ unterzogen, obwohl sie „nur“ ein Dach über dem Kopf haben wollten, ohne wirklich Alkoholprobleme zu haben bzw. ohne diese wirklich überwinden zu wollen, erfolgt die Aufnahme nur „aufgrund entsprechender Vordiagnose, ‚Motivationsprüfung‘ bzw. -feststellung und Information über Ziele und Abläufe im Heimathof“ (a.a.O., S. 16). Aufgenommen wurden auch nur Männer, die tatsächlich als „Nichtsesshafte“ klassifiziert wurden, nicht dagegen solche „Personen, bei denen das Alkoholproblem deutlich vorrangig gegenüber der nicht lange bestehenden ‚Nichtseßhaftigkeit‘ das Erscheinungsbild prägt“ (ebd.). In diesen Fällen wurde auf die Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe verwiesen. Wir haben es hier also mit einer Differenzierung zwischen alkoholabhängigen Nichtsesshaften und nichtsesshaften Alkoholabhängigen zu tun. Das Entscheidungskriterium war gewissermaßen die Frage, was zuerst da war, die Henne oder das Ei. Die Dialektik zwischen physischer und psychischer Verelenkung – wir werden darauf noch eingehen –, welche sich u.a. auch in Alkohol- bzw. Drogenabhängigkeit manifestieren kann, wurde seinerzeit noch nicht in den Blick genommen. Als oberstes Ziel der neuen Konzeption wurde genannt:

„Der Heimathof setzt sich die Aufgabe, den Wunsch eines Mannes, seine nichtseßhafte Lebensführung und die damit verbundenen Verhaltensweisen aufzugeben, zu fördern, zu entwickeln und zu festigen und seine Überzeugung, daß dieses möglich ist, zu wecken und zu verstärken.“ (a.a.O., S. 16)

Hier zeigt sich das Verständnis von „Nichtsesshaftigkeit“, das sich, ohne dass explizit darauf verwiesen wird, hinter diesem neuen Ansatz verbarg: „Nichtsesshaftigkeit“ wurde, so wie auch bei Wickert und Helmes, als eine Art unerwünschten Verhaltens erklärt und erschien als solches durch entsprechende Therapie überwindbar. Das Alkoholproblem wurde dabei als ein weiteres Problem verstanden, das zu der „Nichtsesshaftigkeit“ gewissermaßen additiv hinzutritt.

5 Paradigmenwechsel in der Wohnungslosenhilfe? – Die neuen „Tabus der Wohnungslosenhilfe“ als „Themen der alten Nichtsesshaftenhilfe“ (Holtmannspötter, 2003)

Alle Einrichtungen der Nichtsesshaftenhilfe waren bis etwa in die 1990er Jahre an deren vermeintliche Zielgruppe gerichtet, nämlich die Nichtsesshaften. Unabhängig davon, wie die unterschiedlichen Ansätze „Nichtsesshaftigkeit“ definierten und erklärten, sie gingen alle unhinterfragt davon aus, die „Nichtsesshaften“ seien eine mehr oder weniger homogene Gruppe von Menschen, die aufgrund ganz bestimmter, ihnen gemeinsamer und innewohnender Merkmale das sind, für das sie gehalten wurden, nämlich nichtsesshaft. Auf die Bewältigung genau dieser vermeintlich typischen Merkmale, eben der Nichtsesshaftigkeit, konzentrierten sich demzufolge die Institutionen der überkommenen Nichtsesshaftenhilfe, wenn sich Menschen in Armut und Wohnungslosigkeit Hilfe und Rat suchend an sie wandten. Sie tun dies zu weiten Teilen bis heute, auch wenn sie mittlerweile zumeist als Wohnungslosenhilfe firmieren.

5.1 Nichtsesshaftigkeit als „Erkenntnisfalle“

1982 bezeichnete Heinrich Holtmannspötter (1982, S. 1) den auch schon zuvor zunehmend problematisierten, letztlich aber als Arbeitsbegriff in der Regel beibehaltenen, Nichtsesshaftenbegriff als „Erkenntnisfalle“. Als solche nütze er letztlich nur dem Fortbestand insbesondere der stationären Nichtsesshaftenhilfe. Holtmannspötter forderte, den Begriff sowie das damit verbundene Problemverständnis aufzugeben.

Es setzte sich in den Folgejahren in den einschlägigen Fachdiskursen mehr und mehr die Auffassung durch, dass nicht eine vermeintliche den Betroffenen innewohnende oder anhaftende „Nichtsesshaftigkeit“ das Problem der Betroffenen ist, sondern eine Reihe konkreter und im Einzelnen benennbarer sozialer Probleme, wie Wohnungsnot, Arbeitslosigkeit und infolgedessen existenzieller Armut, Überschuldung etc., sowie weitere damit im Zusammenhang stehende Probleme, wie soziale Isolation, Abhängigkeit von psychoaktiven Substanzen, Depressionen. Menschen in Armut und Wohnungslosigkeit sind in extremer Form von sozialer Ausgrenzung aus zentralen und elementaren Lebensbereichen betroffen. Daraus folgt,

dass es nicht nur nicht hilfreich, sondern geradezu kontraindiziert ist, wenn die Hilfe für solche Menschen an die Bedingung geknüpft wird, die noch vorhandenen sozialen Bezüge und das Lebensumfeld, in denen die Betroffenen leben, zu verlassen und in das soziale Feld „stationäre Einrichtung“ überzuwechseln. Hierdurch wird ihre soziale Ausgrenzung nicht nur nicht überwunden, sondern im Gegenteil noch erheblich verschärft und institutionalisiert. Hinzu kommt die fortschreitende Hospitalisierung der Betroffenen, die ihre möglicherweise noch vorhandenen individuellen Kompetenzen, in einer eigenen Wohnung zu leben und am sozialen Leben im Gemeinwesen teilzuhaben, mit der Dauer ihrer Unterbringung zusehends verlieren und stattdessen Kompetenzen erwerben, die zum besseren Leben und Überleben in stationären Kontexten von Nutzen sind.

Ende der 1980er-, Anfang der 1990er Jahre kam es aufgrund der skizzierten Einsichten zu einem entsprechenden Wandel im Problemverständnis und auch zu praktischen Veränderungen im Hilfesystem. Hilfe für Wohnungslose müsse vor Ort als integraler Bestandteil kommunaler Infrastrukturen als ambulantes psychosoziales Beratungsangebot verankert werden und darauf hinwirken, die drohenden oder schon eingetretenen sozialen Ausgrenzungen und deren psychosozialen Folgen zu verhindern oder rückgängig zu machen und die Betroffenen befähigen, Anschluss zu finden an diejenigen elementaren Lebensbereiche, aus denen sie ausgegrenzt sind.

Die Nichtsesshaftenhilfe entwickelte sich, jedenfalls zu Teilen, zu einer Wohnungslosenhilfe, die ihr Augenmerk nicht mehr auf vermeintliche Eigenschaften der Betroffenen sondern auf die Überwindung spezifischer gesellschaftlicher Unterversorgungstatbestände richtete, z. B. in den Bereichen Wohnen, Arbeit, Einkommen oder Gesundheitsversorgung. Holtmannspötter, langjähriger und bis Mitte 2003 amtierender Geschäftsführer der in seiner Amtszeit von der BAG Nichtsesshaften- zur BAG W umbenannten und auch inhaltlich umprofilierten bundesweiten Dachorganisation der öffentlichen und freien Wohnungslosenhilfe, spricht sogar von einem „Paradigmenwechsel von der Nichtsesshaftenhilfe zur Wohnungslosenhilfe“ (Holtmannspötter, 2003, S. 86), bei dem u. a.

„das Verhältnis zwischen Sozialarbeit und ihrer Klientel [...] dadurch entscheidend geändert worden (ist), dass die Wohnungslosenhilfe keine Rechtfertigung mehr liefert, weder die moralische, noch die logische, warum mittellose Obdachlose von der normalen Sozialhilfe und

Wohnungsversorgung, als solche und krank dazu auch noch von der normalen Gesundheitsversorgung ausgeschlossen sein sollten. Sie hat also keine gesellschaftliche Rechtfertigung der Armut und Ausgrenzung in einer individualisierenden Begründung der Wohnungslosigkeit gesucht und sich selbst nicht als spezielles Erziehungs- und Therapiesystem angeboten – und so auch nicht das ausgrenzende Verhalten der anderen Systeme gerechtfertigt.“ (ebd.)

Auch einige Vertreterinnen und Vertreter stationärer Einrichtungen gelangten zu der sich seit den 1980er Jahren verbreitenden Einsicht, dass „Nichtsesshaftigkeit“ im Wesentlichen ein Artefakt der vor allem stationären Nichtsesshaftenhilfe ist. Die Folge war die allmähliche Deinstitutionalisierung mancher Einrichtungen, die vielleicht am konsequentesten in der 1882 gegründeten ältesten Arbeiterkolonie Wilhelmsdorf erfolgte (hierzu ausführlich: Scholz, 2006, S. 152 ff.). Dort kam es Anfang der 1990er Jahre zunächst zu einer Reduzierung der Platzzahlen. In der zweiten Hälfte der 1990er Jahre wurden an mehreren Standorten Wohnungen errichtet und an ehemalige Heimbewohner vermietet. Darüber hinaus wurden Wohnungen angemietet, um sie als sog. dezentrale Heimplätze in das stationäre Angebot mit einzubeziehen. Im Juli 1999 schließlich wurden die letzten stationären Plätze in der ehemaligen Arbeiterkolonie aufgelöst. Auch der bereits erwähnte Heimathof begann sich zu dezentralisieren und stärker dem Gemeinwesen zu öffnen. Er blieb allerdings spezialisiert auf Wohnungslose mit dem Wunsch, eine Suchtproblematik zu überwinden, wobei es zwischenzeitlich zu einer Öffnung auch für Frauen sowie für Konsumierende auch anderer Drogen als Alkohol gekommen ist.

Nicht alle, vermutlich nicht einmal die meisten Einrichtungen haben den Weg der Deinstitutionalisierung und der Orientierung auf die Überwindung von Unterversorgungstatbeständen derart konsequent beschritten. Zwar taucht der Nichtsesshaftenbegriff in den Konzeptionen der meisten Einrichtungen heute nicht mehr auf, mit der Novelle der Durchführungsverordnung zum § 72 des damals maßgeblichen Bundessozialhilfegesetzes (BSHG) 2001 verschwand er auch als sozialhilferechtliche Kategorie – zumindest auf Bundesebene –, die Praxis im Umgang mit den Betroffenen hingegen ist zu großen Teilen von einem nach wie vor ontologisierenden Verständnis der Probleme der Betroffenen geprägt. Außerdem findet sich der Begriff in den Durchführungsverordnungen vieler Bundesländer zum SGB XII, das 2005 das BSHG abgelöst hat, noch bis heute explizit in den Bestimmungen, in denen die sach-

liche Zuständigkeit für „Nichtsesshafte“ und „Sesshafte“ geregelt wird.

5.2 Neue Mehrfachkonstruktionen: Obdachlos und psychisch krank

Hinzu kommt in den letzten Jahren eine Tendenz, nicht nur Wohnungslosigkeit als solche wieder zu pathologisieren, sondern sie gleichzeitig mit weiteren, durchweg ebenfalls ontologisch verstandenen Kategorien des menschlichen Anders-Seins durchweg rein additiv in Verbindung zu bringen. Dies hat im Hinblick auf die vermeintliche Krankheit Sucht, wie gezeigt, schon eine längere Tradition.

Neuerdings rücken in diesem Zusammenhang zunehmend auch andere sogenannte psychische Krankheiten in den Fokus. Die 2002 erschienene Edition (Nouvertné et al., 2002) wurde in diesem Zusammenhang eingangs bereits erwähnt. Dabei beginnt der Band nach der einleitenden Schilderung einer Kasuistik durch Klaus Nouvertné (2002) zunächst durchaus vielversprechend. Heinrich Holtmannspötter rekonstruiert die sozialen Konstruktionen von Obdachlosigkeit, Wohnungslosigkeit und Nichtsesshaftigkeit und leistet so einen wichtigen Beitrag zu deren Dekonstruktion. Leider greifen die weiteren Beiträge des Bandes diesen richtungsweisenden Ansatz nicht weiter auf, auch findet sich kein entsprechender Beitrag zur sozialen Konstruktion von psychischer Krankheit sowie von Sucht, vielmehr wird an mehreren Stellen konstatiert:

„Im Bereich der Wohnungslosenhilfe finden wir eine relativ große Anzahl von Betroffenen mit der Doppeldiagnose ‚Psychose und Sucht‘.“ (Wessel, 2002, S. 76)

Hier werden gleich drei verdinglichte⁵ soziale Konstrukte miteinander verknüpft und auf die solcherart klassifizierten Menschen projiziert:

1. Wohnungslosigkeit,
2. Psychose,
3. Sucht.

Die Betroffenen erscheinen so als „Problempatienten“ (a.a.O., S. 76) bzw. als „Multiproblem-Menschen“ (a.a.O., S. 79), die „den Behandlungsrahmen vieler Institutionen (sprengen) – die zeitgenössische Psychiatrie spricht hier von ‚Systemsprengern‘“ (a.a.O., S. 69). Soweit das

⁵ „Verdinglichung bedeutet, menschliche Phänomene aufzufassen, als ob sie Dinge wären, das heißt als außer- oder gar übermenschlich. [...] Verdinglichung ist die Auffassung von menschlichen Produkten [oder Konstrukten, E.R.], als wären sie etwas anderes als menschliche Produkte: Naturgegebenheiten, Folgen kosmischer Gesetze oder Offenbarungen eines göttlichen Willens“ (Berger & Luckmann, 2004, S. 94 f.).

Fehlen „einer Ausrichtung der Behandlungsangebote am Individuum – statt an diagnostischen Kriterien, Hausordnungen, Therapiegrundsätzen“ (a.a.O., S. 76) – beklagt wird, ist dem durchaus zuzustimmen. Welche Bedeutung die doppelte bzw. dreifache Klassifizierung und die entsprechende diagnostische Zurichtung in diesem Zusammenhang dann aber noch hat, bleibt ebenso rätselhaft, wie das für den so genannten „Basisbehandlungsgrundsatz“ formulierte Postulat „diagnostische Klarheit schaffen unter Einbeziehung der persönlichen Problemsicht des Betroffenen“ (a.a.O., S. 77).

Hier verdreifacht sich gewissermaßen das Phänomen, das im Hinblick auf Nichtsesshaftigkeit vorstehend skizziert wurde: Hilfesysteme und ihre Akteure konstruieren und schaffen sich so ihr Klientel. Warum spricht man z.B. bei dem gleichzeitigen Vorliegen der Diagnosen von einerseits Sucht oder Abhängigkeitsyndrom im Sinne der Nr. 2 der vierten Stelle bei den Schlüsselnummern F10.- bis F19.- der ICD-10 in Kombination mit andererseits einer anderen im Kapitel V (Psychische und Verhaltensstörungen) der ICD-10 unter F00 bis F99 verschlüsselten vermeintlichen psychischen Krankheit von einer Doppeldiagnose, nicht aber dann, wenn es zur Kombination mehrerer anderer Diagnosen aus dem Kapitel V der ICD-10 kommt? Auch hier liegt der Hintergrund vermutlich in den unterschiedlichen Hilfesystemen mit ihren je spezifischen Traditionen und Konstruktionen. Während sich für die Behandlung von substanzgebundener Abhängigkeit ein Suchthilfesystem herausgebildet hat, reklamiert für die anderen so genannten psychischen Krankheiten die Psychiatrie ihre fachliche Zuständigkeit. Beide Systeme haben völlig unterschiedliche und teilweise im diametralen Widerspruch zueinanderstehende Problemverständnisse und diesen entsprechende Behandlungsmethoden hervorgebracht. Während, zumindest die traditionelle, Suchtkrankenhilfe in der Regel Abstinenz von psychoaktiven Substanzen zur Voraussetzung ihrer Intervention macht, jeder „Rückfall“ häufig zum Abbruch der therapeutischen Bemühungen führt,⁶ ist die Verabreichung psychoreaktiver Substanzen in der Psychiatrie eine fast durchgängig praktizierte Behandlungsmethode.

Angesichts dieser Entwicklungen ist Holtmannspötter uneingeschränkt zuzustimmen, wen er am Ende seiner Amtszeit als Geschäftsführer der BAG W kritisiert, dass erneut „in den letzten Jahren zunehmend die sog. „Tabus

der Wohnungslosenhilfe“ wie „Wohn- bzw. Mietunfähigkeit“, „Sucht“, „psychische Erkrankung“ angesprochen (werden) als die ursächlich subjektiven Anteile an der Entstehung von besonderen Lebensverhältnissen, vor allem der Wohnungslosigkeit...

Die sog. „Tabus der Wohnungslosenhilfe“ sind wieder die „Themen der alten Nichtsesshaftenhilfe“ und es mag sein, dass diese gerade von denen als tabuisiert empfunden werden, die die mit ihnen vertretene Position einer ursächlich an der Person zu behandelnden Nichtsesshaftigkeit bzw. Wohnungslosigkeit nicht verlassen haben. [...] Dann wäre der Paradigmenwechsel von der Nichtsesshaftenhilfe zur Wohnungslosenhilfe, wie er seit den 1970er Jahren angebahnt wurde, nicht nachvollzogen worden“ (a.a.O., S. 86).

6 Ausblick: Aspekte sozialer Dekonstruktionen und Entpathologisierungen von Armut und Wohnungsnot

Selbstverständlich ist nicht zu leugnen, dass Menschen in Armut ohne Wohnung nicht nur von der schon mehrfach angesprochenen Unterversorgung in zentralen Lebensbereichen, ja vom Ausschluss von elementaren Menschenrechten betroffen sind, sondern oftmals auch unter massiven persönlichen, auch psychischen Problemen leiden, zu deren Überwindung sie dringend auf pädagogische oder therapeutische Hilfen angewiesen sind, von denen sie oftmals ebenfalls ausgeschlossen sind. Dazu gehören u.a. die zunehmende Unfähigkeit, soziale Beziehungen einzugehen, den Tagesablauf zu organisieren, Geld einzuteilen, die Zeit einigermaßen befriedigend zu nutzen oder auch die Abhängigkeit von psychoaktiven Substanzen. Die Kritik an der Therapeutisierung überkommener Wohnungslosenhilfe richtet sich mithin keineswegs gegen den Einsatz therapeutischer Verfahren generell. Sie richtet sich gegen die Tendenz, diese Probleme zu den entscheidenden oder alleinigen Ursachen wachsender Verarmungs- und Verelendungsprozesse in Deutschland zu erklären, Wohnungslosigkeit in Therapie- oder wohnungslosenspezifische psychiatrische oder suchththerapeutische Behandlungsbedürftigkeit umzudeuten und dann entsprechende Hilfen zu schaffen, die – womöglich außerhalb regulärer gesellschaftlicher Realität in dem antitherapeutischen Milieu einer stationären Einrichtung – den Anspruch erheben, diese individuellen Probleme isoliert überwinden zu können.

⁶ Das ist für ein medizinisch begründetes Hilfesystem eigentlich eine Singularität. Normalerweise führt ein Rückfall bei einem für einen Krankheitsverlauf gehaltenen Geschehen nicht zum Abbruch, sondern zur Intensivierung der therapeutischen Bemühungen.

Es geht auch keineswegs darum, die psychische Verelendung dieser Menschen, die sich darstellt als fortschreitender Verlust ihrer individuellen Handlungsfähigkeit und Realitätskontrolle, monokausal auf ihre restriktiven Lebensbedingungen zurückführen. Ihre psychische Verfassung steht vielmehr in einem unlösbaren dialektischen Verhältnis zu den beeinträchtigenden Bedingungen, sie ist ebenso Folge dieser Lebensumstände, wie sie Ursache für weitere materielle Verelendung sein kann. Diese Dialektik ist weder zur einen, noch zur anderen Seite zu einem schlichten Kausalzusammenhang zu vereinfachen. Menschen, die unter den eingangs beschriebenen Bedingungen leben, fühlen sich diesen oftmals hilflos und ohnmächtig ausgeliefert. Damit aber verliert das individuelle Handeln der Betroffenen jede Motivation, es wird nur noch „von den ungerichteten, bloß emotionalen Wirkkräften der aktuellen Situation bestimmt“ (Holzkamp-Osterkamp, 1978, S. 65). Ihnen fehlt die Einsicht in die individualhistorische Gewordenheit und damit auch in die prinzipielle Überwindbarkeit ihrer konkreten Lebenslage.

Genau hier setzt das vor allem von Wolfgang Jantzen (2005) entwickelte Konzept der sog. rehistorisierenden Diagnostik an. Dieser Ansatz, abgeleitet aus der Aneignungs- und Tätigkeitstheorie der kulturhistorischen Psychologie, geht grundsätzlich davon aus, dass jede menschliche Tätigkeit *für das jeweilige Subjekt* einen Sinn hat. Der Sinn dieser Tätigkeit erschließt sich allerdings nicht aus unserem Sinnkontext, den wir uns in unserer Biografie *als Sinn für uns* angeeignet haben und häufig, aber fälschlicherweise, zu einem *Sinn an sich* zu verallgemeinern geneigt sind, sondern aus dem von dem jeweiligen Subjekt in seiner individuellen biografischen Entwicklung unter gegebenen oder auch nicht gegebenen Bedingungen geschaffenen *Sinn für sich*. Auf dem Wege individualhistorischer biografischer Rekonstruktion subjektiven Sinns gemeinsam mit den Betroffenen⁷ kann es gelingen, bislang Unverstandenes zu verstehen. Stattdessen wird das Unverstandene in der Regel durch ahistorische, d.h. von der Biografie der Subjekte meist weitgehend abstrahierende Statusdiagnostik, orientiert an sozial konstruierten Klassifikationssystemen als Ausdruck von Nichtsesshaftigkeit,⁸ Sucht oder psychische

Krankheit oder als Kombination dieser Konstrukte, scheinbar erklärt. Dadurch wird ein Verständnis der psychosozialen Problematiken der Betroffenen erschwert, wenn nicht unmöglich gemacht. Es soll an dieser Stelle nicht verschwiegen werden, dass es keineswegs immer gelingt, solcherart Unverstandenes durch rehistorisierende Diagnostik zu verstehen. Nur sollten wir dies dann als Ausdruck *unseres* Unvermögens begreifen, geeignete Strategien zum rehistorisierenden Sinnverständnis der uns als *Subjekte* gegenüberstehenden Betroffenen zu finden, statt durch abstrakte Diagnosen oder gar als Therapieresistenz der Betroffenen als *Objekte* unserer Erklärungsansätze zu erklären.

„Wenn nun – bezeichnenderweise im zunehmenden Leistungsdruck der sozialen Dienstleistungen – die Suchttherapie, die Psychiatrie, die Medizin usw. die Wohnungslosen (auf der Straße) neu entdeckt, man kann auch sagen als ihre Klientel neu entdeckt haben, werden darüber nun nicht die ‚Wohnungslosen‘ spezifisch ‚krank‘, sondern die Suchtkrankenhilfe oder die Psychiatrie ‚gesund‘ im Sinne von ‚all-gemein‘, auch psychisch kranke oder alkoholabhängige Wohnungslose einschließend, – ganz im Sinne der Wohnungslöshilfe“ (Holtmannspötter, 2003, S. 87),

wie sie Holtmannspötter nach dem von ihm beschriebenen Paradigmenwechsel versteht. Das Anliegen, das sich mit der Thematisierung von Obdachlosigkeit und psychischer Krankheit verbindet, zielt ja vordergründig durchaus in die gleiche Richtung, wie der angestrebte Paradigmenwechsel in der Wohnungslöshilfe.

„Es geht letztlich um die Verhinderung von Ausgrenzung dieser ‚Multiproblem‘-Menschen, so dass es gelingen kann, chronisch Abhängigkeitskranke mit schweren psychischen Störungen in die Lage zu versetzen, in einem soweit wie möglich normalen sozialen Kontext den bestmöglichen Gebrauch von verbliebenen Fähigkeiten zu machen, vorhandene Fähigkeiten zu stabilisieren und verlorene Fähigkeiten so gut es geht wieder zu entwickeln.“ (Wessel, 2002, S. 79)

Die Realisierung dieses Anliegens oder die „Gesundung“ der Hilfesysteme, wie es Holtmannspötter nennt, setzt allerdings voraus, dass die sozialen Konstrukte der psychosozialen Hilfe- und Versorgungssysteme nicht als Komorbidität zu neuen Mehrfach-Konstrukten, wie „Multiproblem“-Menschen“ aufgetürmt,

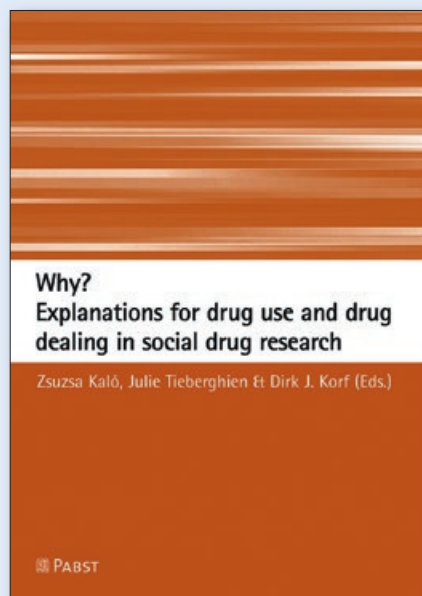
häufig bis heute noch die überkommene ontologisierende Problemsicht zugrunde.

⁷ Insofern Rehistorisierung stets in gemeinsamer Tätigkeit zwischen den Professionellen und den Betroffenen erfolgt und Betroffene im Zuge der Rekonstruktion ihrer Lebensgeschichte auch selbst die Einsicht in die individualhistorische Gewordenheit und damit auch die prinzipielle Veränderbarkeit der eigenen Lebenssituation gewinnen, lässt sich so verstandene soziale Arbeit durchaus als Bildungsarbeit im aufklärerischen Sinne charakterisieren.

⁸ Der Begriff wird zwar heute weitgehend vermieden, doch dem heute gebräuchlichen Begriff Wohnungslosigkeit liegt

sondern entsprechend dekonstruiert werden, und die Hilfen sich nicht mehr an abstrakte Zielgruppen richten, sondern an Menschen in spezifischen Lebenslagen, die durch Unter- versorgungs-, Ausgrenzungs- und physische sowie psychische Verelendungstatbestände geprägt sind, aus welchen jeweils die konkreten Bedarfe an psychosozialen Hilfen abzuleiten

sind. Dem Postulat „Menschen, nicht Krankheitsbilder“ (a.a.O., S. 76) in den Mittelpunkt der Betrachtung zu setzen, ist ja uneingeschränkt zuzustimmen. Nur fragt sich, welchen Nutzen dann die – womöglich multiplen – Konstruktionen von Krankheitsbildern für das jeweils individuelle Problem- bzw. Bedarfsverständnis noch haben.



192 pages

ISBN 978-3-95853-537-4

Price: 20.– €

eBook:

ISBN 978-3-95853-538-1

Price: 10.– €

Zsuzsa Kaló, Julie Tieberghien & Dirk J. Korf (Eds.)

Why? Explanations for drug use and drug dealing in social drug research

Contents

Acknowledgments

Editors

- 1 Introduction: Why? Explanations for drug use and drug dealing in social drug research
Dirk J. Korf, Julie Tieberghien & Zsuzsa Kaló
- 2 Controlling drugs in Europe: the first collaboration attempts
Rafaela de Quadros Rigoni
- 3 NPS use motivations from the perspective of users and experts
Zsuzsa Kaló, Zsolt Demetrovics & Katalin Felvinczi
- 4 Emotional mapping: towards a geographical explanation of drug use
Luise Klaus & Mélina Germes
- 5 'I have no clue' – a qualitative study on crack cocaine use in Frankfurt, Germany
Bernd Werse & Lukas Sarvari
- 6 On aging cannabis users: a welfare economics analysis
Marco Rossi
- 7 Exploring and (re)negotiating the question of (not) being: narrative identity constructions of people who use illegal drugs
Michelle Van Impe
- 8 Buyer motives for sourcing illegal drugs from 'drop-off' delivery dealers
Thomas Friis Søgaard
- 9 From ancient organic to the newest synth: building trust in drug user communities
Ximene Rêgo, Jakub Greń & Olga S. Cruz
- 10 Medicinal cannabis use: a fuzzy concept?
Frédérique Bawin
- 11 In search of the ideal drug
Alfred Springer



PABST SCIENCE PUBLISHERS

Eichengrund 28 | D-49525 Lengerich | Telefon +49 (0)5484 308 | Telefax +49 (0)5484 550
pabst@pabst-publishers.com | www.psychologie-aktuell.com | www.pabst-publishers.com

Literatur

- BAG W. (2019). *Zahl der Wohnungslosen 2018*. Berlin: Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. Abgerufen von: https://www.bagw.de/fileadmin/bagw/media/Doc/PRM/PRM_2019_11_11_Schaetzung_Datasheet.pdf (letzter Aufruf: 09.11.2021).
- BAG W. (2021). *Kältetote 2021*. Berlin: Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. Abgerufen von: https://www.bagw.de/fileadmin/bagw/media/Doc/DOK/DOK_21_Kaeltetote_2021_aktuell.pdf (letzter Aufruf: 09.11.2021).
- Baumann, A. et al. (1978). Von der Arbeiterkolonie zur sozialtherapeutischen Einrichtung. *Gefährdetenhilfe*, 20, 16–18.
- Bayerischer Landesverband für Wanderdienst. (1938). *Der nichtseßhafte Mensch*. München: Beck.
- Berger, P. L. & Luckmann, Th. (2004). *Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. Eine Theorie der Wissenssoziologie* (20. Aufl.). Frankfurt a. M.: Fischer.
- Bleuler, E. (1916). *Lehrbuch der Psychiatrie*. Berlin: Springer.
- Donath, J. (1899). Der epileptische Wandertrieb (Poriomanie). *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 32, 335–355.
- Holtmannspötter, H. (1982). Plädoyer zur Trennung von dem Begriff „Nichtseßhaftigkeit“. *Gefährdetenhilfe*, 24, 1–2.
- Holtmannspötter, H. (2002). Von „Obdachlosen“, „Wohnungslosen“ und „Nichtseßhaften“. In K. Nouvertné et al. (Hrsg.), *Obdachlos und psychisch krank* (S. 17–27). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Holtmannspötter, H. (2003). Entwicklung und Kontinuität der Wohnungslosenhilfe. Zum Selbstverständnis der Wohnungslosenhilfe. *Wohnungslos*, 45, 86–89.
- Holz kamp-Osterkamp, U. (1978). *Motivationsforschung* (Bd. 2, 2. Aufl.). Frankfurt a. M.: Campus.
- Jantzen, W. (2005). „Es kommt darauf an, sich zu verändern...“. *Zur Methodologie und Praxis rehistorisierender Diagnostik und Intervention*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Kohlbecker, W. H. (1977). *Institutionsanalyse der sechs in das Projekt einbezogenen stationären Einrichtungen der Nichtseßhaftenhilfe in Baden-Württemberg. Innovationsprojekt Nichtseßhaftenhilfe*. Tübingen: Eigenverlag.
- Kraepelin, E. (1920). Die Erscheinungsformen des Irreseins. *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 62, 1–29.
- Nissen, G. (1994). Psychische Störungen in der Pubertät und Adoleszenz. In Ch. Eggers et al. (Hrsg.), *Kinder- und Jugendpsychiatrie* (7. Aufl., S. 281–317). Berlin: Springer.
- Nouvertné, K. (2002). Tunnelpassagen – eine Einleitung. In K. Nouvertné et al. (Hrsg.), *Obdachlos und psychisch krank* (S. 12–16). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Nouvertné, K. et al. (2002). *Obdachlos und psychisch krank*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Psyhyrembel online. *Poriomanie*. Abgerufen von: <https://www.psyhyrembel.de/Poriomanie/KOHFX> (letzter Aufruf: 09.11.2021)
- Rohrmann, E. (1987). *Ohne Wohnung, ohne Arbeit – Wie Arme zu „Nichtseßhaften“ werden*. Heidelberg: Schindele.
- Scholz, J. (2006). Die Entwicklung der Wohnungslosenhilfe in der Teilanstalt Eckardtsheim (ab 1970). In M. Benad & H. Schmuhl (Hrsg.), *Bethel-Eckardtsheim. Von der Gründung der ersten Arbeiterkolonie bis zur Auflösung als Teilanstalt (1882–2001)* (S. 141–159). Stuttgart: Kohlhammer.
- Veith, G. & Schwindt, W. (1976). Von den Krankheiten der Nichtseßhaften. *Bethel – Beiträge aus der Arbeit der von Bodelschwinghschen Anstalten in Bielefeld-Bethel*, 16.
- von Keyserlingk, A. V. (1978). Klient und Betreuer in der ambulanten Hilfe. *Gefährdetenhilfe*, 20, 15.
- Wessel, Th. (2002). Im „Bermuda-Dreieck“ – Patienten zwischen Psychiatrie, Obdachlosenhilfe und Suchtkrankenhilfe. In K. Nouvertné et al. (Hrsg.), *Obdachlos und psychisch krank* (S. 68–79). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Wickert, J. & Helmes, D. (1983). *Zur Persönlichkeit des Nichtseßhaften* (Forschungsbericht Bd. 3). Stuttgart: Eigenverlag.



Dr. Eckhard Rohrmann

Univ.-Prof. mit dem Schwerpunkt Inklusion und Exklusion in Bildung, Erziehung und sozialer Arbeit im Arbeitsbereich Sozial- und Rehabilitationspädagogik am Institut für Erziehungswissenschaft der Philipps-Universität Marburg.
rohrmann@uni-marburg.de

Housing First – Ansatz, Erkenntnisse, Möglichkeiten und Grenzen

Volker Busch-Geertsema

Zusammenfassung

Der Beitrag stellt Ursprung und Grundprinzipien des Housing-First-Ansatzes vor. Es ist ein erfolgreiches Konzept zur schnellen Versorgung von Wohnungslosen in komplexen Problemlagen mit dauerhaftem Individualwohnraum und wohnbegleitenden Hilfen. Es werden Belege für die Wirksamkeit des Ansatzes und seine Grenzen dokumentiert. Um weitere Verbreitung zu erfahren und damit Wohnungslosigkeit effektiv zu reduzieren, muss das Problem des Zugangs von Wohnungslosen zu bezahlbarem Wohnraum durch gezielte Maßnahmen gelöst werden, es werden geeignete wohnbegleitende Hilfen benötigt und es muss ein Minimum an Programmtreue eingehalten werden.

Schlüsselwörter: Housing First, Wohnungslose, wohnbegleitende Hilfen, Inklusion

Summary

The article presents the origins and main principles of the Housing First approach. It is a successful concept to rapidly rehouse homeless persons with complex problems into permanent self-contained housing, with support. Evidence of the effectiveness and the limits of the approach are provided. To promote the spread of the concept and thereby reduce homelessness effectively three conditions are mentioned: the problem of access to affordable housing for homeless persons has to be solved by targeted measures, adequate support in housing is needed and a minimum of programme fidelity has to be secured.

Keywords: housing first, homeless persons, support in housing, inclusion

Was ist Housing First?

Housing First wurde als Konzept erstmals in den 1990er Jahren in den USA bei Langzeitwohnungslosen mit psychiatrischer Diagnose erprobt und umgesetzt und hat sich dort im Vergleich zum traditionellen Ansatz einer stufenweisen Integration außerhalb des regulären Wohnungsmarktes in Übergangseinrichtungen und zu „Treatment First“-Ansätzen als sehr erfolgreich erwiesen. Durch eine möglichst schnelle Versorgung der Betroffenen mit normalem und dauerhaftem Wohnraum und dem Angebot multidisziplinärer wohnbegleitender Hilfen wurden hohe Wohnungserhaltungsraten erzielt und es konnte auf eine hohe Zufriedenheit der Versorgten und auf Kosteneinsparungen gegenüber dem traditionellen Versorgungssystem verwiesen werden. Als Pionier des *Housing-First*-Ansatzes gilt die

Organisation *Pathways to Housing* und deren Direktor *Sam Tsemberis*, der diesen Ansatz in den 90er Jahren des letzten Jahrhunderts erstmals in New York angewendet hat.

Das Konzept hat sich seitdem in vielen Industrienationen und darüber hinaus als erfolgreich bei der Wohnintegration von gesellschaftlich besonders ausgegrenzten Wohnungslosen mit komplexen Problemlagen (insbesondere im Bereich der Psyche und der Sucht) erwiesen. Nur in einem Teil der realisierten Projekte handelt es sich bei der Zielgruppe noch um Personen mit psychiatrischer Diagnose, vielmehr ist vielerorts die typische „Drehtürklientel“ der Wohnungslosen- und Suchtkrankenhilfe in den Fokus gerückt, die ohne „Krankheitseinsicht“ und mit Suchtproblemen im traditionellen System immer wieder scheitert.

Housing First ist also ein Programmansatz, mit dem Personen aus der zuvor beschriebenen

Zielgruppe umgehend in abgeschlossenen und dauerhaften Individualwohnräumen gebracht werden, ohne die Bedingung, vorher „Wohnfähigkeit“ erlangt zu haben oder abstinenz zu leben. Der Bezug einer eigenen Wohnung mit Bleibeperspektive steht hier am Anfang und nicht – wie immer noch vielerorts üblich – am Ende einer „Hilfekette“ („traditionelles System“ der Wohnungslosenhilfe). Wohnbegleitende persönliche Hilfen von durchaus erheblicher Intensität werden nachdrücklich angeboten, aber ihre Annahme ist freiwillig. Therapieteilnahme oder Abstinenz sind weder Voraussetzungen für die Versorgung mit Normalwohnraum noch für den Verbleib darin, Risikominimierung und Schadensreduzierung beim Gebrauch von Suchtmitteln (Harm Reduction) wird Vorrang eingeräumt.

Die acht Grundprinzipien von Housing First

In Anlehnung an Prinzipien, die von Sam Tsemberis (2010, S. 18) für das amerikanische Modell des *Housing-First*-Ansatzes formuliert wurden, benennt der *Housing First Guide* für Europa¹ folgende acht Grundprinzipien:

1. *Wohnen ist ein Menschenrecht*: Wohnung wird als ein Grundrecht verstanden. Die Erlangung und der Nachweis von „Wohnfähigkeit“ vor Bezug einer Wohnung ist keine Voraussetzung; wesentlich für den Wohnungserhalt ist lediglich die Einhaltung des Mietrechts. Im Ursprungsmodell ist die Akzeptanz eines wöchentlichen Hausbesuchs aber verpflichtend.
2. *Wahlfreiheit und Entscheidungsmöglichkeiten für die Nutzerinnen und Nutzer*: Dieses Prinzip ist von zentraler Bedeutung beim *Housing-First*-Konzept: Es soll so viel Selbstbestimmung wie möglich realisieren, bei der Wahl der Wohnung, bei der Einrichtung, bei der Art und Intensität und den Inhalten der gewünschten Unterstützung etc.
3. *Trennung von Wohnung und Unterstützung*: Eine klare organisatorische Trennung der beiden Funktionen erlaubt erst einen vertrauensvollen Beziehungsaufbau in der Wohnbegleitung. Aber neben der Rollentrennung beinhaltet dieses Grundprinzip noch deutlich mehr: Die Ablehnung wohnbegleitender Hilfe führt nicht zur Kündigung, Wohnungsverlust und Wohnungswechsel führen nicht zum Abbruch der Hilfe.
4. *Recovery-Orientierung*: Dabei geht es um die ganzheitliche Orientierung auf das Wohlbefinden, die Lebenszufriedenheit und die Selbstbestimmung der unterstützten Person.
5. *Harm Reduction*: Bei diesem auf Schadensminimierung abzielenden und akzeptierenden Ansatz im Umgang mit Suchtproblemen steht die Abstinenz von illegalen Drogen und Alkohol nicht im Vordergrund. Der Fokus liegt vielmehr auf der Unterstützung bei der Verminderung von problematischem Konsum.
6. *Aktive Beteiligung ohne Druck und Zwang*: *Housing First* arbeitet nicht mit Sanktionen. Wohnbegleitende Hilfe wird nachdrücklich angeboten, aber ihre Annahme beruht auf Freiwilligkeit.
7. *Personenzentrierte Hilfeplanung*: Die wohnbegleitenden Hilfen sollen als flexible und individualisierte Unterstützung strikt an den Bedürfnissen und Lebensentwürfen der einzelnen Nutzerin und des einzelnen Nutzers orientiert sein.
8. *Flexible Unterstützung für so lange wie nötig*: Eine strikte zeitliche Begrenzung widerspricht dem *Housing-First*-Konzept. Solange die wohnbegleitende Hilfe benötigt wird, soll sie auch gewährleistet sein. Dieses Grundprinzip trägt auch der Tatsache Rechnung, dass der Hilfebedarf oft schwankend ist und insbesondere bei Menschen mit komplexen Problemlagen länger andauern kann.

Housing First als modernes Integrationskonzept

Mit diesen Grundprinzipien ist die Abkehr von weit verbreiteten Strategien einer schrittweisen Integration in Stufensystemen intendiert. In solchen Systemen müssen aufeinander aufbauende Ersatzwohnformen durchlaufen werden, bevor ein reguläres Wohnverhältnis beginnen kann. Diese reichen von Notunterkünften über „Aufnahmehäuser“ und „Übergangswohnheime“, „Trainingswohnungen“ und „Betreute Wohngemeinschaften“ etc. bis schließlich zum Bezug der „Finalwohnung“ (wie sie in Österreich so treffend bezeichnet wird). *Housing First* entspricht weitgehend Trends, die seit Jahrzehnten in der Entwicklung sozialer und gesundheitlicher Dienste (z.B. in der Psychiatrie, der Altenhilfe und der Jugendhilfe) wirken. Gemeint sind die Strategien zur Normalisierung der Lebens- und Wohnbedingungen, zur Individualisierung, zur Enthospitalisierung und zur Dezentralisierung der Hilfen, wie sie

¹ Deutsche (bzw. österreichische) Fassung unter <https://housingfirsteurope.eu/assets/files/2017/12/housing-first-guide-deutsch.pdf>

auch im Konzept der Inklusion zum Ausdruck kommen.

Housing First folgt in gewissem Sinne dem Prinzip *Learning by Doing*. So wie man Schwimmen am besten im Wasser lernt und Fahrradfahren am besten, wenn man über ein Fahrrad verfügt, so ist auch der Umgang mit realen Wohnbedingungen und den Herausforderungen des individuellen Wohnens (Selbstversorgung, finanzielle Verpflichtungen, Hausordnung, Schlüsselgewalt, Zurechtkommen mit der Nachbarschaft, mit Langeweile etc.) am besten geeignet, ggf. bestehende Hemmnisse beim Wohnungserhalt zu überwinden. Die Wohnung ist zugleich Grundvoraussetzung für weitergehende Integration (vgl. Busch-Geertsema, 2014).

Belege für die Wirksamkeit des Ansatzes

Die Liste der wissenschaftlichen Belege für die Wirksamkeit des Ansatzes ist mittlerweile beeindruckend lang. In der vergangenen Dekade sind in den USA mehrere Studien durchgeführt worden, die die Überlegenheit von *Housing-First*-Projekten gegenüber dem gängigen Hilfesystem nachgewiesen haben (vgl. dazu mit zahlreichen Quellen die Ausführungen in Padgett et al., 2016, S. 48 ff.). Mit kontrollierten Zufallsexperimenten (sogenannten *Randomised Controlled Trials*, dem „Gold-Standard“ in der Wirkungsforschung) wurde ein hoher Wohnungserhalt (und geringere Kosten) bei einer Zufallsauswahl von Wohnungslosen mit psychiatrischer Diagnose (häufig auch mit Doppeldiagnosen) in *Housing-First*-Projekten gegenüber denjenigen im gängigen Hilfesystem belegt.

Im weltweit größten kontrollierten Zufallsexperiment zu *Housing First*, das über einen Zeitraum von vier Jahren in Kanada durchgeführt wurde (*At Home/Chez Soi*), wurde ein Sample von 1158 Wohnungslosen mit psychiatrischer Diagnose in *Housing-First*-Projekten versorgt. Die Verläufe wurden mit 990 Wohnungslosen im traditionellen System verglichen: Auch bei diesem Projekt ergab sich wieder ein weitaus höherer Wohnungserhalt in den *Housing-First*-Projekten als beim „traditionellen System“ der Wohnungslosenhilfe (vgl. Goering et al., 2014; Aubry et al., 2015).

Das von der EU-Kommission finanzierte Projekt *Housing First Europe* erbrachte ebenfalls extrem hohe Wohnungserhalt-Quoten (von 80 bis über 90 %) für unterschiedliche Zielgruppen in vier von fünf ausgewählten Projektstandorten (Amsterdam, Glasgow, Kopenhagen, Lissabon; vgl. Busch-Geertsema, 2013a, 2013b).

Inzwischen liegen positive Ergebnisse von *Housing-First*-Pilotprojekten in Europa unter anderem aus Belgien, Dänemark, Finnland, Frankreich, Großbritannien, Irland, Italien, den Niederlanden, Österreich, Portugal und Spanien vor (zur Verbreitung des *Housing-First*-Ansatzes in Europa vgl. Pleace et al., 2019).

Einen guten Überblick über die aktuelle internationale Forschungslage gibt Aubry (2020). Er kommt zu dem Schluss, dass *Housing First* alle wesentlichen Kriterien für eine „ideal mental health intervention“ (zu Deutsch: ideale Intervention in der psychischen Gesundheit) erfüllt. Es handele sich um einen gut definierten Ansatz, der sich an Zielen der Nutzerinnen und Nutzer orientiert, mit gesellschaftlichen Zielen übereinstimmt, effektiv bei der Beendigung von Wohnungslosigkeit ist, minimale negative Effekte erzeugt und Kosteneinsparungen ermöglicht. Zudem ist er relativ einfach zu implementieren und für unterschiedliche lokale Bedingungen und Zielgruppen anpassbar. Eine der wenigen Defizite in der bisherigen Forschung sieht Aubry im Fehlen von Langzeitstudien zu den längerfristigen Effekten des Ansatzes.

Auch in Deutschland wurden erste Evaluationsergebnisse zu *Housing-First*-Projekten veröffentlicht. Dies betraf unter anderem die beiden Pilotprojekte in Berlin (*Housing First Berlin* in gemeinsamer Trägerschaft von *Neue Chance GmbH* und *Berliner Stadtmission*. Auch *Housing First für Frauen* in Trägerschaft des Sozialdienstes katholischer Frauen; zu ersten Zwischenberichten vgl. Gerull, 2020a, 2020b; ein Endbericht war bei Redaktionsschluss in Arbeit.) und zum *Housing-First-Fonds* in Nordrhein-Westfalen (<https://www.housingfirstfonds.de/>; zur Evaluation vgl. Busch-Geertsema, 2020).

Zur Verbreitung des Ansatzes im deutschsprachigen Raum

Der *Housing-First*-Ansatz ist in Deutschland erst relativ spät und eher zögerlich implementiert worden. In Fachkreisen wurde häufiger die Auffassung vertreten, dass der Grundgedanke des Ansatzes schon lange gängige Praxis sei. Es wurde in diesem Zusammenhang verwiesen auf Projekte des Betreuten Wohnens und andere ambulante Angebote der Wohnungslosenhilfe, in denen der Ansatz bereits implementiert worden sei (Specht, 2018). Während dies auf einzelne Projekte durchaus zutreffen mag, ist jedoch festzuhalten, dass das Diktum von der zu erlangenden „Wohnfähigkeit“ nach wie vor weit verbreitet ist. Betreutes Wohnen in der Wohnungslosenhilfe ist noch sehr häufig zeit-

lich begrenzt und steht erst am Ende einer Hilfekette (was eher als „Housing Last“ bezeichnet werden kann). Hinzu kommt, dass es eher selten vorkommt, dass denjenigen Wohnungslosen mit komplexen Problemlagen Priorität bei der Versorgung mit dauerhaftem Individualwohnraum eingeräumt wird und auch die langfristige Verfügbarkeit wohnbegleitender Hilfen in der Praxis eher selten gegeben ist. Auch die konsequente Orientierung an den individuellen Zielen der versorgten ehemals Wohnungslosen, multidisziplinäre Hilfeangebote (unter Einbezug von Peers) und die Freiwilligkeit der Annahme dieser Hilfen können nicht als prägende Merkmale einer Mehrheit der Hilfeangebote in diesem Bereich behauptet werden.

Abgesehen von den bereits aufgeführten Beispielen für Pilotprojekte in Deutschland (in Berlin und NRW) und einigen bereits seit längerem implementierten Projekten in Düsseldorf, Gießen und Saarbrücken sind in jüngster Zeit eine Reihe weiterer lokaler *Housing-First*-Projekte ins Leben gerufen worden, so z. B. in Bremen und Köln (im Kontext mit dem Ankauf von Belegungsrechten), in Kiel und Hannover (im Kontext mit dem Neubau von Wohnungen) und in Hamburg und Leipzig.

Vereinzelte hat der Ansatz – mit Verweis auf die Forschungsergebnisse in den USA und Kanada – auch im Bereich der psychiatrischen Forschung und der Suchttherapie in deutschen Fachzeitschriften Berücksichtigung gefunden (Richter et al., 2016; Krauzs et al., 2016), von breiter Rezeption kann aber noch keine Rede sein.

Zur Frage der Programmtreue („Fidelity“) von *Housing-First*-Projekten

Seit geraumer Zeit wird davor gewarnt, dass sich zunehmend auch Angebote als „Housing First“ bezeichnen, die mit dem Original und seinen Grundprinzipien nur wenig oder gar nichts zu tun haben (vgl. z. B. Stefancic et al., 2013). Insbesondere in den USA, wo der Ansatz als „Evidence Based“ (evidenzbasiert) klassifiziert und Fördergelder von seiner Implementierung abhängig gemacht wurden, wurde die Gefahr des „Window Dressing“ beschworen, also der unberechtigten Verwendung des Begriffs für Programme, die anders arbeiteten und daher potenziell auch weniger effektiv waren. Im Umfang eines Sonderheftes des *European Journal of Homelessness* wurden im Jahr 2018 Analysen zur Programmtreue unterschiedlicher

Housing-First-Projekte in Europa, den USA und Kanada veröffentlicht.²

Zunächst ist in diesem Kontext zu unterscheiden zwischen einer Orientierung an den Grundprinzipien des Ansatzes und einer möglichst originalgetreuen Übertragung im Detail. Letztere wird immer dadurch eingeschränkt, dass die Implementierung in verschiedenen lokalen Kontexten mit unterschiedlichen Gesundheits-, Wohnungsversorgungs- und Sozialsystemen Anpassungen im Detail zwingend erforderlich macht, um erfolgreich arbeiten zu können. Dennoch sollte ein Mindestmaß an Programmtreue und insbesondere die Orientierung an den Grundprinzipien des Ansatzes gegeben sein. Ansonsten besteht die Gefahr völliger Begriffsverwirrung und damit würde es auch zu sehr unterschiedlichen Ergebnissen kommen. Da der Begriff „Housing First“ nicht gesetzlich geschützt ist und es bislang auch keine Institution gibt, die über die Programmtreue in Deutschland wachen könnte, ist diesem Risiko nicht so leicht entgegenzuwirken. Auch in Deutschland hat es bereits eine Reihe von Beispielen gegeben, in denen etwa eine zeitlich befristete Jugendwohngemeinschaft als „das erste deutsche ‚housing first‘-Projekt“ präsentiert wurde³ oder „rund um die Uhr“ geöffnete Notunterkünfte mit Zweibettzimmern mit dem Label *Housing First* versehen wurden (Heidtmann, 2020). Andererseits wurde auch schon deutschen *Housing-First*-Projekten die Programmtreue nur deshalb abgesprochen, weil wohnbegleitende Hilfen und Vermietung zwar organisatorisch getrennt, aber beim selben Träger angesiedelt waren. Das allerdings war auch schon beim „Original“ *Pathways to Housing* in New York der Fall (vgl. dazu Meyer, 2020, und Busch-Geertsema, 2021).

Grenzen des Ansatzes

Mit *Housing First* konnten zwar immer wieder hervorragende Resultate beim Wohnungserhalt erzielt werden, auch die Resultate zur Steigerung der Lebensqualität sind robust und überzeugend. Dagegen sind die Ergebnisse bei weitergehenden Integrationsbemühungen und der Überwindung von Beschäftigungslosigkeit, Armut, sozialer Isolation und Problemen von psychischer und physischer Gesundheit bislang noch eher gemischt. Neben positiven Entwicklungen gab es hier immer auch Verläufe, in denen diese Lebenslagen sich nicht maßgeblich verbesserten oder gar verschlechterten. Abge-

² https://www.feantsaresearch.org/public/user/Observatory/12-3_EJH_2018_v04.pdf

³ <https://drosos.org/projekte/landeinhaerts-2-0/>

sehen davon, dass vom *Housing-First*-Ansatz nicht erwartet werden kann, grundlegende strukturelle Probleme (Erwerbslosigkeit, unzureichende Mindestsicherung, Stigmatisierung etc.) zu überwinden, und dass individuelle Veränderungsprozesse in diesen Bereichen oftmals mehr Zeit brauchen, als von den Evaluationszeiträumen abgedeckt wird, gibt es in den entsprechenden Hilfefeldern durchaus auch weiteren Innovationsbedarf auf der Ebene der individuellen Unterstützung.

Festzustellen ist auch, dass ein geringer Prozentsatz von 10 bis 20 Prozent der anberaumten Wohnverhältnisse schließlich doch scheitert. Es bleibt also die Notwendigkeit, für einen kleinen Anteil der Zielgruppe andere Versorgungsformen zu schaffen oder aufrechtzuerhalten. Es geht hier mehr um die quantitative Verteilung unterschiedlicher Versorgungsformen als darum, dass bestimmte Sonderwohnformen und Einrichtungen durch eine Verbreitung des *Housing-First*-Ansatzes obsolet werden würden.

Schließlich ist auch die Aussage, mit *Housing First* ließe sich in erheblichem Umfang Geld einsparen, mit Vorsicht zu genießen. *Housing First* ist kein Billigprogramm. Es werden durchaus intensive, multidisziplinäre Hilfen angeboten, nach Möglichkeit unter Einbeziehung von psychiatrischem Fachpersonal und im Einzelfall kann die Hilfedauer sehr lange währen. Deutlich überzeugender ist eine Argumentation, die herausarbeitet, dass mit dem gleichen Budget, das bereits für die Unterbringung und Versorgung von Wohnungslosen ausgegeben wird, viel bessere und humanere Ergebnisse erzielt werden, wenn Wohnungslosigkeit beendet wird, statt sie nur zu verwalten. Es geht also eher um effizienten Mitteleinsatz als darum, Geld einzusparen.

Housing First geht nicht ohne Housing

Viele Städte haben einen ausgesprochen engen Wohnungsmarkt und es fehlt an preiswerten Wohnungen gerade für Alleinstehende. Muss die Umsetzung von *Housing First* also an diesem strukturellen Mangel scheitern? Wenn nicht genügend preiswerter Wohnraum verfügbar ist und wenn der Zugang zu den vorhandenen Wohnungen auch noch durch negative Schufa-Auskünfte und Vorbehalte von Vermietern gegenüber Wohnungslosen erschwert wird, wie soll da der *Housing-First*-Ansatz realisiert werden?

Zunächst ist festzuhalten, dass der *Housing-First*-Ansatz, so wie er in diesem Beitrag vorgestellt wurde, erstmals in New York sehr er-

folgreich realisiert wurde. Und New York hat keinen entspannten Wohnungsmarkt! Dennoch, auch viele Modellprojekte zur Erprobung von *Housing First* in Europa und anderswo haben mit dem Problem des Zugangs zu Normalwohnraum zu kämpfen. Einige von ihnen haben ebenfalls „Trägerwohnungen“, aber mit dem wesentlichen Unterschied, dass die dort Versorgten so lange bleiben können, wie sie möchten, und dass die Wohnungsversorgung auf Dauer angelegt ist.

Die Debatte um *Housing First* setzt den Zugang zu bezahlbarem Normalwohnraum ins Zentrum der Auseinandersetzung. Ein weiterer Ausbau des zweiten Wohnungsmarktes mit eingeschränktem oder völlig fehlendem Mieterschutz, Betreuungsaufgaben und zeitlicher Limitierung des Aufenthalts ist keine Lösung, sondern Teil des Problems.

Bei der Wohnungsversorgung von Wohnungslosen gibt es mindestens zwei zentrale Probleme. Das eine ist ein quantitatives Problem: Die Nachfrage am Wohnungsmarkt übersteigt das Angebot, insbesondere bei erschwinglichen Kleinwohnungen. Das andere aber ist ein spezifisches Zugangsproblem (Schufa-Anfragen, Bezahlbarkeit, Ablehnung von Wohnungssuchenden mit Unterstützungsbedarf). Wenn Wohnungslosigkeit verringert werden soll, muss insbesondere auch das zweite Problem angegangen werden, eine rein quantitative Ausweitung des Bestandes reicht dafür nicht aus. Gezielte Maßnahmen zur Versorgung von Wohnungslosen mit dauerhaftem Individualwohnraum sind nötig. Es gibt zahlreiche Beispiele dafür, wie auch unter ungünstigen quantitativen Bedingungen privilegierte Zugänge für Wohnungslose zu normalem Wohnraum geschaffen werden können.⁴

Wenn behauptet wird, dass *Housing First* wegen des Mangels an Wohnungen nicht umsetzbar sei, so muss auch gefragt werden, ob denn tatsächlich alles versucht worden ist, um trotz der zugegebenermaßen widrigen strukturellen Bedingungen Wohnungen für Wohnungslose zu akquirieren.

Resümee

Housing First ist ein vielversprechender Ansatz, um Wohnungslosigkeit zu verringern, anstatt weiter Wohnungslosigkeit zu verwalten. Der Ansatz ist in den USA und Kanada, und viel-

⁴ Zur weiteren Erläuterung zahlreicher Praxisbeispiele wird auf eine Publikation des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales in NRW verwiesen, an deren Erarbeitung der Autor beteiligt war und die der Frage der gezielten Wohnungsbeschaffung für Wohnungslose ein eigenes Kapitel widmet: MAGS NRW (2019).

fach auch in Europa, vor allem auf Langzeitwohnungslose mit komplexen Problemlagen ausgerichtet und dabei sehr erfolgreich. *Suchtkranke Wohnungslose gehören explizit zur Zielgruppe des Konzeptes.*

Die Wirksamkeit von *Housing First* ist international und mit wissenschaftlich robusten Studien vielfach belegt. Zwischenzeitlich wird *Housing First* im Bereich der Suchtkrankenhilfe und der Hilfen für wohnungslose psychisch Kranke auch im deutschsprachigen Raum vereinzelt als innovativer Ansatz rezipiert und verbreitet. Dennoch hat es lange gedauert, bis der Diskurs über den Ansatz auch in der deutschen Fachdiskussion an Bedeutung gewonnen hat und erste Pilotprojekte zu seiner Erprobung implementiert wurden. Inzwischen haben sich aber doch eine Reihe von Trägern und Kommunen auf den Weg gemacht, um den Ansatz zu realisieren, und erste Erfolge können dokumentiert werden. Künftig gilt es, die Potenziale von *Housing First* verstärkt zu nutzen und ihn auch auf einer breiteren Basis umzusetzen. Auch traditionelle Formen des Betreuten Wohnens könnten von der Umsetzung einzelner Grundprinzipien des Ansatzes und der angewendeten Methoden profitieren.

Stufensysteme sind problematisch und haben nicht-intendierte negative Effekte: Es sollte deshalb möglichst keinen weiteren Ausbau dieser Stufensysteme mit dem Hinweis auf die Wohnungsmarktlage geben, sondern im Gegenteil: Trotz der widrigen strukturellen Gegebenheiten sollte der Abbau von Sonderwohnformen vorangetrieben werden.

Housing First kann und wird nicht das einzige Angebot für suchtkranke Wohnungslose sein. Eine kleine Gruppe von Wohnungslosen bedarf anderer, besonderer Wohnformen, eine größere weniger intensive Unterstützung beim Wohnen. Es sollte nicht vergessen werden, dass auch jetzt schon der allergrößte Teil suchtkranker Menschen in regulären Wohnverhältnissen wohnt. In Bezug auf Probleme der sozialen Isolation, Beschäftigungslosigkeit und der Überwindung von Armut bedarf es weiterer innovativer Ansätze und struktureller Veränderungen. Aber *Housing First* und die rasche Versorgung Wohnungsloser mit Normalwohnraum sollten zentrale Elemente jeder Strategie zur Reduzierung von Wohnungslosigkeit werden.

Zugang zu Wohnraum für Wohnungslose ist fast überall ein zentrales Problem, auch dort, wo *Housing First* bereits praktiziert wird. Die entsprechenden Barrieren zu überwinden, erfordert gezielte Strategien und die Überzeugung, dass ein zweiter Wohnungsmarkt mit Sonderwohnformen keine vernünftige Alterna-

tive sein kann. Auch unter schwierigen strukturellen Bedingungen gilt es, das Ziel einer Verringerung von Wohnungslosigkeit nicht aus den Augen zu verlieren. Dazu bedarf es gezielter Strategien auf allen Ebenen (Kommunen, Länder, Bund).

Die Versorgung von Wohnungslosen mit normalem und dauerhaftem Wohnraum ist nicht nur eine Mengenfrage, sondern auch und gerade eine Frage der Verteilung und des Zugangs. Um Wohnungslosen einen vorrangigen Zugang zu Wohnraum zu ermöglichen, müssen bestehende Instrumente genutzt und neue entwickelt werden (Stiftungsmodelle, Soziale Wohnraumagenturen, städtebauliche Verträge etc.). Der Neubau bezahlbarer Wohnungen ist dabei bedeutsam, hilft Wohnungslosen aber nur, wenn er unmittelbar mit Belegungsquoten und privilegierten Zugängen verknüpft wird. Gebrauchte gezielte Non-Profit-Ansätze zur Wohnungsbeschaffung für Wohnungslose, im Neubau und viel mehr noch im Bestand.

Flexible und pro-aktive aufsuchende Hilfen sind essentiell zur nachhaltigen Reintegration von Wohnungslosen mit entsprechendem Bedarf in dauerhafte Wohnverhältnisse und zur Prävention. Das gilt auch und insbesondere für Klientinnen und Klienten der Suchtkrankenhilfe. Die Erschließung von dauerhaftem Individualwohnraum für Wohnungslose muss viel intensiver und nachdrücklicher verfolgt werden als in der Vergangenheit. Wohnungslosigkeit zu beenden, bleibt ein erstrebenswertes und machbares Ziel, das in Deutschland und Europa sogar noch größere Chancen auf Realisierung hat als in den USA und Kanada, wo es vielerorts vehement verfolgt wird. Der *Housing-First*-Ansatz und eine Verbesserung der Prävention von Wohnungslosigkeit sind dabei von zentraler Bedeutung.

Literatur

- Aubry, T. (2020). Analysis of housing first as a practical and policy relevant intervention. The current state of knowledge and future directions for research. *European Journal of Homelessness*, 14(1), 13–26.
- Aubry, T., Nelson, G. & Tsemberis, S. (2015). Housing first for people with severe mental illness who are homeless: a review of the research and findings from the At Home/Chez Soi demonstration project. *Canadian Journal of Psychiatry*, 60(11), 467–474.
- Busch-Geertsema, V. (2013a). *Housing First Europe. Final report*. Bremen: GISS. https://www.giss-ev.de/filestorage/publikationen/finalreporthousingfirsteurope_2013.pdf

- Busch-Geertsema, V. (2013b). Housing first Europe. Ein europäisches Pilotprojekt zur Behebung von Wohnungslosigkeit bei Personen in komplexen Problemlagen. *Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V.*, 11, 503–509.
- Busch-Geertsema, V. (2014). Housing First: Die Wohnung als Grundvoraussetzung für weitergehende Hilfen. In S. Gillich & R. Keicher (Hrsg.), *Wenn Würde zur Ware verkommt: Soziale Ungleichheit, Teilhabe und Verwirklichung eines Rechts auf Wohnraum* (S. 155–178). Wiesbaden: Springer VS.
- Busch-Geertsema, V. (2020). *Evaluation des Housing-First-Fonds NRW. Endbericht im Auftrag des Paritätischen Landesverbandes Nordrhein-Westfalen*. Bremen: GISS.
- Busch-Geertsema, V. (2021). Housing First und die Programmtreue. *Wohnungslos*, 1, 31–32.
- Gerull, S. (2020a). *Evaluation des Modellprojekts „Housing First Berlin“*. 2. Zwischenbericht. Berlin: Alice-Salomon-Hochschule. Abgerufen von https://housingfirstberlin.de/wp-content/uploads/2020/10/Zwischenbericht_HFB_2020.pdf
- Gerull, S. (2020b). *Evaluation des Modellprojekts „Housing First für Frauen“*. 2. Zwischenbericht. Berlin: Alice-Salomon-Hochschule. Abgerufen von https://skf-berlin.de/wp-content/uploads/2020/09/Gerull_Zwischenbericht_HF_SkF_2020_2.pdf
- Goering, P., Veldhuizen, S., Watson, A., Adair, C., Kopp, B., Latimer, E. et al. (2014). *National final report. Cross-site At Home/Chez Soi project*. Calgary: Mental Health Commission of Canada. Retrieved from http://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/mhcc_at_home_report_national_cross-site_eng_2_0.pdf
- Heidtmann, J. (2020, 25. Jan.). Hundert Prozent Hoffnung. *Süddeutsche Zeitung*, S. 5.
- Krausz, R. M., Strehlau, V. & Schuetz, Ch. (2016). Obdachlos, mittellos, hoffnungslos – Substanzkonsum, psychische Erkrankungen und Wohnungslosigkeit: ein Forschungsbericht aus den USA und Kanada. *Suchttherapie*, 17(03), 131–136.
- Meyer, N. (2020). Das Label ‚Housing First‘ als Kosmetik?! Ein empirischer Überblick. *Wohnungslos*, 4, 129–131.
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen. (2019). *Wohnungsnotfallhilfen vorausschauend planen und präventiv handeln. Eine Praxishilfe für Kommunen und freie Träger der Wohlfahrtspflege*. Düsseldorf.
- Padgett, D. K., Henwood, B. F. & Tsemberis, S. J. (2016). *Housing first. Ending homelessness, transforming systems, and changing lives*. Oxford: Oxford University Press.
- Pleace, N., Baptista, I. & Knutagård, M. (2019). *Housing first in Europe. An overview of implementation, strategy and fidelity*. Brussels, Helsinki: Housing First Hub. Retrieved from https://housingfirsteurope.eu/assets/files/2019/10/2019-10-10-HFinEurope_Full-Report2019_final.pdf
- Richter, D., Hertig, R. & Hoffmann, H. (2016). Psychiatrische Rehabilitation – von der Stufenleiter zur unterstützten Inklusion. *Psychiatrische Praxis*, 43(08), 444–449.
- Specht, T. (2018). Ambulante Hilfe in Wohnungen – „Housing First“ der ersten Stunde in Europa. Ein Vergleich von „Housing First“ und „Ambulanter Hilfe in Wohnungen“. *Wohnungslos*, 1, 1–5.
- Stefancic, A., Tsemberis, S., Messeri, P., Drake, R. & Goering, P. (2013). The pathways housing first fidelity scale for individuals with psychiatric disabilities. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 16(4), 240–261.
- Tsemberis, S. (2010). *Housing first. The pathways model to end homelessness for people with mental illness and addiction*. Center City, MN: Hazelden.



Prof. Dr. Volker Busch-Geertsema

Projektleiter und Vorstand bei der Gesellschaft für innovative Sozialforschung und Sozialplanung e.V., Bremen. Koordinator des European Observatory on Homelessness. vbg@giss-ev.de

Die Bedeutung des Rechts der Wohnungsnotfallhilfe für suchtkranke Menschen ohne Wohnung

Falk Roscher

Zusammenfassung

Wohnungsnotfälle treten nicht selten zusammen mit weiteren Problemlagen auf, nicht zuletzt mit Sucht bzw. psychischen Erkrankungen. Benutzt werden dafür Begriffe wie „Multiproblemfälle“, „Vielheit von Faktoren“ u.ä. Damit korrespondiert in der Hilfepraxis, aber auch in der Forschung Unsicherheit, wie die Prozesse der Hilfe sinnvoll zu gestalten sind. Die gesetzliche Antwort ist die Hilfe nach den §§ 67–69 SGB XII und der dazu ergangenen Durchführungsverordnung zur Überwindung sozialer Schwierigkeiten, die mit dem besonderen Lebensverhältnis Wohnungslosigkeit verbunden sind. Sie führt ausgehend von der sozialen Lage sich gegenseitig unterstützende Hilfen auch für die Hintergrundprobleme wie z. B. Sucht zusammen (Gesetz: „verbundener Einsatz unterschiedlicher Hilfen“). Mit den genannten Vorschriften wurde eine Art Leithilfe geschaffen, die sowohl die Wohnungsnot und die damit verbundenen sozialen Schwierigkeiten in den Mittelpunkt stellt als auch in einer differenziert gestalteten Weise den Weg zur Bearbeitung von Hintergrundproblemen eröffnet.

Schlüsselwörter: § 67 SGB XII, Wohnungslosigkeit, Recht der Wohnungslosenhilfe, besondere Lebensverhältnisse, soziale Schwierigkeiten, Sucht, Suchthilfe, Leithilfe, Soforthilfe, verbundener Einsatz, Eingliederungshilfe, Gesamtplanverfahren, Hintergrundprobleme

Summary

Housing emergencies often occur together with other problems, not least with addiction or mental illness. Terms such as „multi-problem cases“, „multiplicity of factors“, etc. are used for this. In practice, but also in research, there is a corresponding uncertainty as to how the processes of help can be meaningfully designed. The legal answer is assistance according to §§ 67–69 SGB XII (Social Code Book XII) and its implementing legal ordinance to overcome social difficulties connected with the special life situation of homelessness. Based on the social situation, it brings together mutually supportive assistance, also for background problems such as addiction (law: „combined use of different types of assistance“). With the above-mentioned regulations, a kind of guiding aid was created which both focuses on housing emergencies and the connected social difficulties as well as opens the way to dealing with background problems such as addiction.

Keywords: § 67 SGB XII, homelessness, law of homeless assistance, special live situation, social difficulties, addiction, addiction help, guiding aid, emergency aid, combined assistance, integration assistance, overall planning procedure, background problems

I Die Ausgangslage

Wohnungslosigkeit und Sucht sind nicht nur in der öffentlichen Wahrnehmung zwei häufig zusammen gedachte Auffälligkeiten. Auch die Praxis der Wohnungsnotfallhilfe kämpft regelmäßig mit den vielfältigen Formen der Sucht, die mit Wohnungslosigkeit einhergehen. Dies

belegen über Jahrzehnte Veröffentlichungen z. B. in der Zeitschrift wohnungslos bzw. deren Vorgängerin Gefährdetenhilfe. Soweit dort auf das Suchthilfesystem eingegangen wird, geschieht dies eher kritisch mit dem Tenor, dass es für wohnungslose Menschen nichts oder nicht wirklich Hilfreiches zu bieten habe (z. B. bereits Roscher, 1989). Hier ist nun auffällig, dass

sowohl national als auch international zunehmend die psychiatrische Suchtforschung¹ als auch die Suchthilfepraxis² sich der Frage stellen, wie mit dem Zusammentreffen von Wohnungslosigkeit und Sucht zur Verbesserung der Situation der Betroffenen umzugehen ist. Eine plausible Erklärung für diese Veränderung ist, dass einerseits in den letzten Jahrzehnten das Problem des Wohnungsverlusts und der Wohnungslosigkeit in Deutschland, aber insgesamt in vielen Ländern stark zugenommen hat und in der Folge auch in der Forschung und in der Suchthilfepraxis nicht (mehr) übersehen werden konnte. Das hat aber andererseits nur in schwachen Ansätzen zur Suche nach Problemlösungen geführt (Gemeindepsychiatrie, kaum im klinischen Bereich, Diskussion des Abstinenzgebots für den Personenkreis). Vielmehr fand „zunehmend eine Verschiebung von Personen mit schweren psychischen Erkrankungen in den Versorgungsbereich der Wohnungslosenhilfe“ statt (Schreiter et al., 2020, S. 1025). Der dadurch dort noch stärker werdende Druck löste wiederum ein vermehrtes Forschungsinteresse aus und zwar mit einem klar psychiatrischen Schwerpunkt, heißt in Richtung der Klärung der Bedeutung seelischer Erkrankungen für die Wohnungslosigkeit wie in der „Seewolf-Studie“ (Bäumel et al., 2017).

Wohnungslosigkeit in einen „psychiatrischen Kontext“ (Schreiter et al., 2020, S. 1025) zu stellen, ist in Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern immer heikel, weil die Verfolgung Wohnungsloser bis hin zu ihrer Vernichtung in Konzentrationslagern im Dritten Reich auf krude Psychopathologie gegründet wurde (dazu das „grundlegende“ Werk *„Der nichtseßhafte Mensch“*, Schwarz & Seidler, 1938). Insofern erleichtern von dieser Historie unbelastete internationale Studien (neben deutschen) den Forschungszugang zur Frage seelischer Erkrankungen und Suchterkrankungen bei Menschen in Wohnungsnot.

Aber auch unabhängig von dieser deutschen Sondersituation ist der psychiatrische Kontext für die Wohnungslosigkeit zwiespältig zu sehen. Das liegt nicht daran, dass in den zahlreichen Untersuchungen überproportional (im Vergleich mit „wohnenden“ Menschen) bei wohnungslosen Menschen Suchterkrankungen, nicht selten verbunden mit weiteren psychischen Erkrankungen festgestellt wurden. Letzt-

lich ist dies kein „neuer“ Befund – Kunstmann formuliert insoweit drastisch, dass die Studien der vergangenen ca. 25 Jahre in ihren Ergebnissen höchstens in der Differenzierung der psychiatrischen Diagnosen über die Studien von K. Bonhoeffer von vor über 120 Jahren hinausgehen. Bonhoeffer diagnostizierte damals bei 85 Prozent der 404 untersuchten Betroffenen eine psychische Anomalie und bei 63 Prozent chronischen Alkoholismus (Kunstmann, 2017).

Zwiespältig wird die neue Konjunktur der psychiatrischen Sichtweisen aus zwei anderen Gründen. Zum einen werden die Befunde mit einer mehr oder weniger deutlich formulierten Kritik am System der Wohnungslosenhilfe verbunden, wie es sich auf der Basis der §§ 67 ff. SGB XII (bzw. der Vorgängervorschrift, dem § 72 BSHG) entwickelt hat und welches die sozialen Prozesse bei Wohnungslosigkeit in den Fokus rückt. Zurückhaltend etwa Schreiter et al., wenn konstatiert wird, dass es dem „langjährig etablierten Versorgungssystem ... der Wohnungslosenhilfe“ nur für „wenige Personen gelingt, diese soziale Notlage zu beenden“ (Schreiter et al., 2020, S. 1025). Deutlich schärfer formuliert Speckmann seine Kritik an diesem System als „Geschäftsmodell“, das allein Symptome bearbeite und mit seinem Drehtüreffekt nur die Finanzierung des Systems über immer wieder auftretende Fälle sichere. Er stellt gegen das etablierte Modell die Forderung nach einem an den „psychischen bzw. psychiatrischen Störungen“ orientierten Modell (Speckmann, 2018). Die psychiatrische Sichtweise bezweifelt also mehr oder weniger deutlich, dass die „soziale Lage Wohnungslosigkeit“ der richtige Anknüpfungspunkt für eine gelingendere Hilfe ist. Vermittelnd wird dann von Schreiter und Kollegen darauf verwiesen, dass das „Problem Wohnungslosigkeit eine multikausale Verkettung diverser Momente der Benachteiligung darstellt“, und fordert eine „transdisziplinäre Bearbeitung“ (Schreiter et al., 2020, S. 1026). Auch Speckmann (2018) spricht von „Mehrfachproblemlagen“, von denen aber „bes. psychische und psychiatrische Störungen“ nicht identifiziert werden.

Neu ist aber auch die „multikausale Verkettung diverser Momente“ nicht. Polligkeit sagt nichts anderes, wenn er 1938 in seiner Betrachtung von Lebensläufen einzelner Landstreicher „ein fast verwirrendes Bild von dem Zusammentreffen einer Vielheit von Faktoren, die das Abgleiten und schließlich völlige Scheitern bewirkt haben“ sieht (Schwarz & Seidler, 1938, S. 372). Ein erster Grund für eine gewisse Zwiespältigkeit ist vielmehr die mit dem „psychiatrischen Kontext“ einhergehende Infrage-

¹ Einen Überblick zu nationalen und internationalen Studien mit Bezug zu Wohnungslosigkeit aus neuerer Zeit bieten Schreiter und Kollegen (2020).

² Zum Beispiel die gemeinsame Online-Tagung der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen und der BAG Wohnungslosenhilfe 16./17.2.2021: „Suchtkrank und wohnungslos – Wie kann die Hilfe bedarfsgerecht erfolgen? Suchtkrankenhilfe und Wohnungsnotfallhilfe im Dialog“.

stellung des gesetzlichen Ansatzes einer Hilfe bei „sozialen Schwierigkeiten, verbunden mit besonderen Lebensverhältnissen“ – der Wohnungslosigkeit –, wie sie § 67 SGB XII vorsieht. Oder anders ausgedrückt, Krankheit und Behinderung werden in den verschiedenen Untersuchungen *zentral* für die Beschäftigung mit Wohnungslosigkeit.

Der zweite Grund für den Zwiespalt hängt mit dem ersten zusammen und bezieht sich auf die Frage nach den Ursachen von Wohnungslosigkeit. Ganz offensichtlich besteht aufgrund der verstärkten Auseinandersetzung mit Wohnungslosigkeit aus psychiatrischer Sicht die Neigung, die Wohnungslosigkeit als von Sucht und anderen seelischen Erkrankungen herbeigeführt zu betrachten, so z. B. ganz klar die Seewolf-Studie (Bäumel et al., 2017, S. 233 ff.). Auch Schreiter et al. formulieren – leicht abschwächend –, dass „in der Regel“ *vor* dem Verlust der Wohnung „der Beginn psychischer Krisen als auch der Zeitpunkt der Inanspruchnahme des psychiatrischen Versorgungssystems liegen“, auch wenn „einige seelische Störungen erst infolge der Wohnungslosigkeit auftreten“ (Schreiter et al., 2020, Zusammenfassung, S. 1027).

Zu beobachten ist also einerseits, dass auf der Basis der vertieften Erkenntnisse eine deutlich gesteigerte Verantwortung der psychiatrischen Systeme für wohnungslose Menschen und damit auch für das strukturelle Problem Wohnungslosigkeit bejaht wird. Damit einhergeht aber andererseits eine grundsätzliche Verschiebung des Blickes weg von der sozialen Lage Wohnungslosigkeit und deren sozialen Ursachen hin zu individueller Krankheit und Behinderung. Die Dramatik dieser Verschiebung des Blickes zeigt sich deutlich bei der Seewolf-Studie, wenn dort für wohnungslose Menschen als letzte Option die Behandlung auch gegen den Willen nach richterlich angeordneter Einweisung in die Psychiatrie gedacht wird. Selbstverständlich wird dafür eine entsprechend massive psychiatrische Erkrankung vorausgesetzt. Aber diese Option bereitet dennoch Unbehagen, wenn man im Blick behält, dass auf dem Weg zu diesem dramatischen Punkt die Wohnungslosigkeit eintrat bzw. die ganze Zeit den Weg begleitet hat. Dieses Unbehagen rührt daher, dass man nicht sicher sein kann, ob nicht die Vernachlässigung der sozialen Lage zugunsten des „psychiatrischen Kontexts“ zu der Dramatik beigetragen hat – außer man pathologisiert die Wohnungslosigkeit (wieder) als Teil eines krankhaften Geschehens. Das wäre dann aber deutlich kritischer zu sehen und nicht nur als eine „Verschiebung des Blickes“. In jedem Fall aber kommt es zur Suche

nach an das Subjekt gebundenen auch scharfen „psychiatrischen Lösungen“ bzw. etwas abgemildert zur Eingliederungshilfe.

Wenn im Folgenden die Bedeutung des Rechts der Wohnungslosenhilfe bei dieser Ausgangslage erörtert wird, dann kann es nicht darum gehen, ob das Recht die wissenschaftlichen Kontroversen auflöst, also eine „richtige“, klärende Antwort vorgibt. Das wäre eine Überforderung des Rechts, denn es setzt politische Entscheidungen in Gesetze um, für die wissenschaftliche Erkenntnisse Rohstoff sind (im besten Fall). Aber besteht hinsichtlich der wissenschaftlichen Erkenntnisse und den daraus zu ziehenden Konsequenzen wie hier Unsicherheit, dann kann Recht zumindest Vorgaben machen, wie mit dieser Unsicherheit umzugehen ist, um sich dem politisch gesetzten Ziel – die Verbesserung der Situation wohnungsloser Menschen – zu nähern und es möglichst auch zu erreichen. Um diese Vorgaben geht es im Folgenden und darum, was sie für den Hilfeprozess bedeuten, wenn Wohnungslosigkeit und Sucht zusammentreffen.

II Das Recht der Wohnungslosenhilfe – die wesentlichen Vorgaben

Ausgangspunkt der heute für die Wohnungslosenhilfe zentralen Rechtsvorschriften (die §§ 67–69 SGB XII und die dazu ergangene Rechtsverordnung [DVO]³) ist der bewusste, durch das BVerfG veranlasste Bruch mit der noch im BSHG von 1961 (in Kraft 1962) festgeschriebenen Vorstellung vom Gefährdeten, der „aus Mangel an innerer Festigkeit ein geordnetes Leben in der Gemeinschaft nicht führen“ kann (§ 72 Abs. 2 BSHG) und der, wenn er „besonders willensschwach oder in seinem Triebleben besonders hemmungslos ist“ bzw. „verwahrlost und der Gefahr der Verwahrlosung ausgesetzt ist“ (§ 73 Abs. 2 BSHG), auch in einer Anstalt zwangsbetreut werden konnte. Es ist auch ein Bruch mit dem Grundsatz: „kommt vor allem die Gewöhnung des Gefährdeten an regelmäßige Arbeit in Betracht“ (§ 72 Abs. II BSHG), wie er seit „der Frühphase der professionellen Suchthilfe im späten 19. Jahrhundert“ (Klein, 2018) mit ihren arbeitserzieherischen Maßnahmen leitend war. Dieser Bruch, der mit der Neufassung des § 72 BSHG 1974 und der DVO von 1976 vollzogen wurde, war

³ Die Durchführungsverordnung (DVO) nach § 69 SGB XII hat Gesetzescharakter, also die gleiche Verbindlichkeit wie das Gesetz selbst. Mit dem vom Bundestag beschlossenen § 69 SGB XII hat er das im Gesetz genannte Bundesministerium ermächtigt mit Zustimmung des Bundesrates die DVO zu erlassen. Da sie den eigentlichen Hilfeprozess detailliert ausgestaltet, ist sie für die Praxis von zentraler Bedeutung, insbesondere auch beim Zusammentreffen von Wohnungslosigkeit und Sucht (dazu unten vor allem III.c).

nicht nur wegen der 1967 vom BVerfG festgestellten Verfassungswidrigkeit des erwähnten § 73 Abs. 2 BSHG notwendig. Ebenso wichtig war, dass sich damit, also knapp 30 Jahre nach Kriegsende, auch verabschiedet wurde von der psychopathologischen Problemsicht, wie sie sich im Dritten Reich mit den genannten Folgen der Vernichtung verfestigt hatte.⁴

Die heutigen, seit rund 40 Jahren weitgehend unverändert gebliebenen Vorschriften gründen uneingeschränkt auf einer neuen Sichtweise, die mit einigen Änderungen und Ergänzungen (zuletzt durch die DVO von 2001) vor allem auch begrifflich weiter geklärt und geschärft wurde. Die Entwicklung im Einzelnen wird hier nicht nachgezeichnet (dazu Roscher, 2020a, § 67 Rz. 5 f.), Basis der folgenden Überlegungen sind also die erwähnten *heute* geltenden Vorschriften.

II.1 Was will das Gesetz regeln?

§ 67 SGB XII beschreibt die Ausgangslage, für welche ein Anspruch auf Hilfe vorgesehen ist, in wenigen Worten: Wenn jemand aus eigener Kraft nicht fähig ist, ihre/seine mit besonderen Lebensverhältnissen verbundenen sozialen Schwierigkeiten zu überwinden, und fügt ebenso knapp hinzu, was dann geschehen soll: dann sind ihr/ihm Leistungen zur Überwindung dieser Schwierigkeiten zu erbringen.⁵ Bei unbefangener Betrachtung der so beschriebenen Ausgangslage könnte geschlossen werden, dass damit der ganze Komplex von Wohnungslosigkeit einschließlich Sucht zu erfassen sei. Allerdings wäre eine solche alles umfassende Deutung doch wieder eine – nun etwas zurückhaltender formulierte – individuelle Defizitbeschreibung für die durch Sucht haltlosen „Gefährdeten“ von 1961 und davor. Solche Vorstellungen konnten schon deshalb den Gesetzgeber von 1974 nicht leiten, weil das Bundessozialgericht mit seinem Urteil vom 18.06.1968 – 3 RK 63/66⁶ speziell die Trunksucht als seelisch-körperliche Komplexerkrankung bestimmte, was heute ausgedehnt ist auf andere Fälle der Sucht. Das Thema Sucht ist also von § 67 SGB XII nicht erfasst. Vielmehr reduziert der Hilfeansatz die Komplexität, „die Vielfalt

der Faktoren“ etc. zunächst tatsächlich, um den Focus auf die akute Situation, die Wohnungslosigkeit als „besonderes Lebensverhältnis“, zu lenken.

Dadurch lässt sich auch der Regelungsbe-
reich der §§ 67 ff. SGB XII genauer bestimmen. Sie eröffnen den Weg zur Erkenntnis, dass es neben den gleichsam „normalen“ Fährnissen des Lebens wie vor allem Krankheit, Sucht, Behinderung, Pflegebedürftigkeit, Langzeitarbeitslosigkeit oder Mittellosigkeit, für welche ein mehr oder weniger ausgebautes Hilfeangebot vorhanden ist, besondere Situationen von Schutzlosigkeit, Fremdsein, Not und letztlich Hilflosigkeit gibt, wie eben Wohnungslosigkeit. Für diese Situationen, die man herkömmlich mit „Elend“ bezeichnen kann⁷ und unter welchen Menschen in einer besonderen Weise leiden, weil sie nicht die Kraft haben, „ihr Leben zu organisieren ... und selbstverantwortlich zu gestalten“ (§ 2 Abs. 1 S. 2 DVO), besteht die Notwendigkeit einer eigenen Hilfevorschrift. Sie wurde mit § 67 SGB XII (bzw. der Vorgängervorschrift, dem § 72 BSHG von 1974) geschaffen.

Das Gesetz nimmt also ausdrücklich nicht individuelle Besonderheiten in den Blick, sondern knüpft bei Abweichungen von den innerhalb der Gesellschaft „normalen“ Lebensverhältnissen an. Diese Abweichungen lassen sich am besten in Kategorien des Mangels beschreiben wie z.B. Mangel an Wohnraum, der mindestens die Funktion erfüllt, dort physiologische Grundbedürfnisse zu befriedigen, weiter Privatheit/Rückzug und Leben mit engen Bezugspersonen ermöglicht, ebenso wie Gestaltungsmöglichkeiten der unmittelbaren Umwelt und die Integration in andere Lebensbezüge (z.B. Nachbarschaft, Güterversorgung etc.).⁸ Deutlich wird so, dass die Wohnungslosigkeit der Hilfesuchenden ganz unabhängig von irgendwelchen Kausalitäten, also auch davon, ob sie mit einer Sucht zusammenhängt, Ausgangspunkt des Anspruchs auf Hilfe wird. Die DVO bringt dies ganz lakonisch zum Ausdruck, wenn sie in § 1 Abs. 2 S. 2 formuliert: *„Besondere Lebensverhältnisse können ihre Ursachen in äußeren Umständen oder in der Person der Hilfesuchenden haben“*. Das ist eine Feststellung zu denkbaren Ursachen ohne Einfluss auf die

⁴ Leider war dies ein „langer Abschied“, nachdem in der DVO entgegen der gesetzlichen Regelung die Begrifflichkeit des Obdachlosen und des Nichtsesshaften, einschließlich der „Einrichtungen für Nichtsesshafte“, weiter verwendet wurde und erst nach einem zähen Kampf in der DVO von 2001 die Anpassung an die Reform von 1974 erfolgte.

⁵ Das ist die Umformulierung des § 67 SGB XII in Tatbestand und Rechtsfolge.

⁶ BSGE 28, 114 – Sucht, wenn eine langandauernde, zwanghafte Abhängigkeit von dem Suchtmittel vorliegt – Kriterium „Verlust der Selbstkontrolle“.

⁷ So auch die „Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Anwendung der Hilfe nach §§ 67 ff. SGB XII – Leistungsbe-
rechtigte in besonderen sozialen Schwierigkeiten bedarfs-
deckend unterstützen“ vom 15.12.2015: www.ogy.de/t8a6 (Aufruf 28.7.2021).

⁸ Zu diesem, auch von der Rechtsprechung übernommenen Konzept der „besonderen Lebensverhältnisse“ als Abweichung von gesellschaftlicher Normalität und daraus resultierenden weiteren (häufig bei Wohnungslosigkeit zusätzlich auftretenden) Mangelsituationen ausführlich Roscher (2020a, § 67 Rz. 11–22).

Begründung des Anspruchs, dafür genügen die *jetzt*, d.h. bei Bekanntwerden der Notsituation gegebenen besonderen Lebensverhältnisse.

II.2 Wobei soll nach dem Gesetz geholfen werden?

Für den Anspruch auf Hilfe ist weiter notwendig das Vorliegen „sozialer Schwierigkeiten“, die mit den besonderen Lebensverhältnissen verbunden sind. Nicht selten wird hier in der Praxis – auch von manchem Leistungsträger – Sucht als solch eine Schwierigkeit angesehen. Auch damit wird wieder der Kreis zur alten Gefährdetenilfe geschlossen bzw. zu der erwähnten „frühen professionellen Suchthilfe“ (Klein, 2018), die vor allem „Trunksucht“ umstandslos als wesentlich ursächlich für die Verelendung, insbesondere eben auch für Wohnungslosigkeit ansah. Schon allein wegen der erwähnten Entscheidung des Bundessozialgerichts zur Qualifizierung der Alkoholsucht als Krankheit muss mit „sozialer Schwierigkeit“ etwas anderes gemeint sein. Entscheidend ist hier die *Verbindung* von besonderen Lebensverhältnissen und den Schwierigkeiten.⁹ Als „soziale“ sind sie bezogen auf das gesellschaftliche Umfeld, in welchem die Hilfesuchenden leben und in dem sie Schwierigkeiten haben. Dabei umfasst das Umfeld die unmittelbaren sozialen Beziehungen (z. B. Partnerschaft), aber auch soziale Netzwerke, bürokratische Institutionen, mit denen in Kontakt getreten werden muss, andere soziale Systeme einschließlich Verwandtschaft, Nachbarschaft, Gemeinde, Arbeitsplatz, den Gütermarkt etc. Letztendlich geht es in der Sprache moderner lebensweltorientierter Sozialarbeit um den Person-Umwelt-Austauschprozess, den die Einzelnen in ihren *momentanen* besonderen Lebensverhältnissen nicht bzw. nicht mehr ohne Hilfe selbstbestimmt gestalten können (zum Verständnis sozialer Schwierigkeiten vgl. Roscher, 2020a, § 67 Rz. 23 f.). Solche sozialen Schwierigkeiten im Zusammenhang mit dem besonderen Lebensverhältnis Wohnungslosigkeit können z. B. sein, Schwierigkeiten mit Vermieter:innen (bei der Kontaktaufnahme persönlich, schriftlich, über Anzeigen, bei Besichtigungen etc.), bei der Anpassung an Regeln in bestimmten Wohnformen, beim Verhalten in Obdachlosenunterkünften, bei der Suche nach Arbeit, bei Auseinandersetzungen mit dem Jobcenter oder bei Schwierigkeiten, die Beziehungen aus der Wohnungslosigkeit heraus zu Angehörigen wieder aufzunehmen usw.

Als den Anspruch auf Hilfe nach § 67 SGB XII auslösend können also beim Zusammentreffen von Wohnungslosigkeit und Sucht bestimmte Auffälligkeiten, die sich bei Suchtkranken zeigen, nicht einfach als soziale Schwierigkeiten im Sinne des Gesetzes definiert werden. Vielmehr ist unabhängig von der Suchtproblematik zu fragen, ob und welche sozialen Schwierigkeiten mit den besonderen Lebensverhältnissen zusammenhängen (verbunden sind). Nur dann ist gewährleistet, dass das eigenständige Hilfeprogramm nach § 67 SGB XII auch tatsächlich einsetzen kann und nicht die Suchtproblematik in den Vordergrund geschoben wird¹⁰ – mit der Folge einer Schwerpunktverlagerung des Hilfeprozesses weg von der Wohnungslosigkeit zu Krankheit und Behinderung. Konkret: Ein suchtkranker Wohnungsloser ist nicht in der Lage die notwendigen Schritte mit Anzeigen und Bewerbungen bei der Wohnungssuche zu tun. Davon unabhängig leidet er unter den körperlichen und seelischen Folgen seiner Sucht. Wohnungslos und arbeitslos wurde er nach seiner Scheidung. In dieser typischen Situation „verwirrender Vielfalt“, von „Mehrfachproblemlagen“, von „Schnittstellen psychischer und sozialer Krise“ oder wie auch immer man es nennt, ist der Hilfeansatz das besondere Lebensverhältnis Wohnungslosigkeit und die damit verbundene soziale Schwierigkeit, die Situation nicht aus eigener Kraft bewältigen zu können – im Beispiel die auf dem Wohnungsmarkt notwendigen Schritte zu tun, um wieder zu einer Wohnung zu kommen.

Damit klärt sich eine weitere rechtliche Vorgabe für den Hilfeprozess: Auch die „soziale Schwierigkeit“ ist eben so wenig wie die besonderen Lebensverhältnisse von einem möglichen Hintergrund der Situation her zu bestimmen, sondern allein von den konkreten Umständen jetzt, die erkennen lassen, dass die hilfesuchende Person die notwendigen sozialen Kompetenzen zur Bewältigung ihrer Situation nicht oder nicht ausreichend hat. Im Beispiel oben steht am Anfang der Hilfe also nicht – z. B. wegen der möglicherweise offensichtlichen Sucht – die Frage nach deren Auswirkung auf die Wohnungssuche und damit das Suchtproblem, sondern allein die Tatsache der Schwierigkeiten. Nur so bleibt der Hilfeprozess zunächst offen auch für einen eben nicht so „offensichtlichen“ Hintergrund wie z. B. einen funktionalen Analphabetismus mit Wirkung auf das Bewerbungsverhalten.

⁹ Keine Kausalität – Was war zuerst, Wohnungslosigkeit oder soziale Schwierigkeit?

¹⁰ Womöglich noch mit einer falschen Anwendung des Nachrangprinzips begründet, dazu im Folgenden.

Mögliche Hilfen für die Hintergrundprobleme¹¹ werden in der Praxis immer wieder wegen eines vermeintlichen Vorrangs gegenüber der Hilfe nach § 67 SGB XII zu deren Verweigerung herangezogen. Dies beruht auf einem Missverständnis der Regelung des § 67 S. 2 SGB XII, der nur festlegt, dass beim Vorliegen eines Hilfebedarfs nach den dort genannten Vorschriften, insbesondere auch der Eingliederungshilfe, dafür nicht auf die Hilfe nach § 67 SGB XII zurückgegriffen werden darf. Besteht daneben ein Bedarf nach § 67 SGB XII, ist er selbstverständlich entsprechend dieser Vorschrift zu befriedigen, ggf. ergänzt um die Hilfen nach den in § 67 S. 2 SGB XII genannten anderen Hilfen.¹²

II.3 Worauf zielt das Gesetz mit der Hilfe?

Die dritte Vorgabe des Gesetzes *„aus eigener Kraft nicht fähig“* zur Überwindung der sozialen Schwierigkeiten birgt mit der Qualifizierung der Sucht als Krankheit durch das Bundessozialgericht (BSG) die Gefahr einer problematischen Deutung: Krankheit als „Schicksal“ befreit von der Frage der Verantwortung für den momentanen Zustand. Das Zusammentreffen von Wohnungslosigkeit und Sucht könnte den (Kurz-)Schluss nahelegen, die Formulierung des Gesetzes bedeute eine entsprechende „Befreiung“. Der Preis dafür wäre allerdings bei Inanspruchnahme von Hilfe, sich weitgehend fremdbestimmter „Behandlung“ aussetzen zu müssen. Im Grunde wäre diese Deutung des „nicht fähig“ eine Annäherung an das Konzept der armenfürsorgerischen Trinkerheilanstalten. Das kann unter der Geltung des Grundgesetzes nicht gemeint sein. Vielmehr ist die Formulierung des Gesetzes entschieden gegen ein solches Verständnis zu lesen, wie sich im Einzelnen aus der DVO ergibt. Weil es eben nicht um Krankheit und Behinderung geht, sondern um „soziale Schwierigkeiten“ sollen die Hilfesuchenden zu *„deren selbständiger Bewältigung“* ... *„in die Lage versetzt werden, ihr Leben entsprechend ihren Bedürfnissen, Wünschen und Fähigkeiten zu organisieren und selbstverantwortlich zu gestalten“* (§ 2 Abs. 1 S. 2 DVO).

Hinter dem Anspruch auf die Hilfe gemäß § 67 SGB XII steht also die Erwartung, dass die Hilfesuchenden die ihnen wie allen Menschen nach Art. 2 Abs. 1 Grundgesetz gewährte Frei-

heit zur Entfaltung ihrer Persönlichkeit nutzen, um Verantwortung für das eigene Leben (wieder) zu übernehmen und zu tragen (hierzu Roscher, 2020a, § 67 Rz. 3). Vor dem Hintergrund dieser Erwartung bezeichnet *„aus eigener Kraft nicht fähig“* ein Hemmnis bei der selbständigen Bewältigung der sozialen Schwierigkeiten. Dies soll nun aber nicht durch *„Behandlung“* überwunden werden, sondern wie § 3 Abs. 2 der DVO formuliert, muss es darum gehen, durch *„Beratung und Unterstützung ... die Bereitschaft und Fähigkeit zu erhalten und zu entwickeln bei der Überwindung der ... sozialen Schwierigkeiten nach Kräften mitzuwirken und so weit wie möglich unabhängig von Sozialhilfe zu leben“*. Das Hilfeprogramm bei §§ 67 ff. SGB XII will also *„soziale Befähigung“* zur Selbsthilfe erreichen und zielt darauf ab, die konkreten besonderen Lebensverhältnisse so zu verändern, dass vorhandene oder zu entwickelnde Fähigkeiten zu einem *„gelingenderen sozialen Leben“* auch genutzt werden können (Überwindung sozialer Schwierigkeiten).

Dieser Ansatz geht qualitativ über die in § 1 S. 2 SGB XII vorgegebene Aufgabe jeder Sozialhilfe hinaus (*„die Leistung soll ... so weit wie möglich befähigen, unabhängig von ihr zu leben“*). Dazu ist in Erinnerung zu rufen, dass trotz dieses schon in § 1 BSHG 1961 enthaltenen Programmsatzes in § 72 Abs. 2 BSHG 1961 als *„Aufgabe der Hilfe“* formuliert wurde, *„den Gefährdeten zu einem geordneten Leben hinzuführen“*. Dieser Personenkreis wurde also entgegen dem allgemeinen Programmsatz weiter als zu führendes Objekt – durchaus in armenpolizeilicher Tradition nach fremden Vorstellungen von *„geordnet“* – gesehen.¹³ Deshalb meinen die Änderungen der gesetzlichen Grundlagen ab 1974, wie sie in dem erwähnten § 2 Abs. 1 S. 2 der DVO ihren Niederschlag gefunden haben, tatsächlich qualitativ etwas anderes als der auch heute in § 1 SGB XII festgehaltene Grundsatz. Es geht nicht nur um eine sozusagen indirekte Folge von Leistungen der Sozialhilfe, nämlich sich von der Abhängigkeit von der Sozialhilfe zu befreien. Vielmehr soll darüber hinaus mit der Leistung nach § 67 SGB XII direkt die Befähigung gefördert werden, als Subjekt sich in seiner sozialen Umwelt zu organisieren und diese Umwelt nach eigenen Vorstellungen zu gestalten. Etwas verkürzt kann man von einem *speziellen „Befähigungsprogramm“* sprechen.

Zu einem solchen Programm wird der Weg versperrt, wenn Ausgangspunkt der Hilfe nicht

¹¹ Zu dieser Begrifflichkeit siehe III.c.

¹² Zur Entstehungsgeschichte des *„internen Nachrangs“* Roscher (2020a, § 67 Rz. 30). Diese Fragen sind durch die neue Eingliederungshilfe nach SGB IX wieder virulent geworden – zum Nachteil der Hilfesuchenden. Zur richtigen Anwendung des Gesetzes wird auf die Empfehlungen der BAG W von 2021 verwiesen: www.ogy.de/ofz2 (Aufruf 28.7.2021).

¹³ Dazu gehört auch, dass – anders als bei allen anderen Leistungen nach dem BSHG von 1961 – kein subjektives Recht in Form eines Rechtsanspruchs auf die Leistungen nach § 72 vorgesehen war. Eingeführt wurde er mit der Reform 1974.

die mit den besonderen Lebensverhältnissen verbundenen sozialen Schwierigkeiten sind, sondern individuelle funktionale Beeinträchtigungen wie die Sucht. Dann gerät der mit dem dargestellten Verfassungsbezug erkennbare besondere emanzipatorische Anspruch der Hilfe nach §§ 67 ff. SGB XII aus dem Blick. Auch wenn mit der Eingliederungshilfe bei einer Suchtproblematik ebenso Teilhabe, also gelingenderes soziales Leben angestrebt wird, geht es dabei um Barrieren von außen, die überwunden werden sollen. Demgegenüber will die Hilfe nach §§ 67 ff. SGB XII die Fähigkeiten der Hilfesuchenden zur selbstverantwortlichen Gestaltung des Lebens „erhalten“ und „entwickeln“ (§ 3 Abs. 2 DVO).

III Die Vorkehrungen des Gesetzes zur Umsetzung der Vorgaben

Ausgehend von den geltenden Regeln, kann festgehalten werden, dass der erwähnte Bruch mit der klassischen Wohnungslosenhilfe, wie sie sich über mehr als einhundert Jahre entwickelt hatte, radikal ist. Dies gilt zum einen für die veränderte Wahrnehmung des Problems selbst, die sich von der Zuschreibung persönlicher Defizite löst und die soziale Lage mit ihren Auswirkungen auf die Handlungsmöglichkeiten der Hilfesuchenden als Hilfeanlass festlegt. Zum anderen ist ebenso radikal, die unmittelbar emanzipatorische Zielsetzung der Hilfe, nämlich dass Hilfesuchende die Fähigkeiten (wieder) erlangen, aus eigener Kraft „ihr Leben entsprechend ihren Bedürfnissen, Wünschen und Fähigkeiten zu organisieren und selbstverantwortlich zu gestalten“ (§ 2 Abs. 1 S. 2 DVO), und zwar bei Wohnungslosigkeit bezogen auf das Grundbedürfnis menschenwürdigen Wohnens. Dies macht die Eigenständigkeit der Hilfe nach den §§ 67 ff. SGB XII aus und lässt erkennen, dass andere, möglicherweise ebenfalls gebotene Hilfen (z. B. wegen einer Sucht), diese Hilfe nicht verdrängen und nicht ersetzen können.

So radikal wie dieser Bruch ist, hat der Gesetzgeber nicht übersehen, dass es außerordentlich ambitioniert ist, bei den Fähigkeiten und ihrer Entwicklung bis hin zu einer möglichst autonomen Handlungsfähigkeit anzusetzen, insbesondere wenn Menschen sich in einer akuten Notsituation wie der Wohnungslosigkeit befinden. Auf drei Ebenen sind deshalb von Gesetzes wegen Vorkehrungen getroffen, um dem ambitionierten Ziel möglichst nahe zu kommen. Dabei ist vor allem die dritte Ebene (s. u. III.c) wichtig: das Zusammenwirken von Wohnungslosen- und Suchthilfe.

III.a Der Grundsatz der Soforthilfe

Bei Wohnungslosigkeit, nicht zuletzt wenn ihre Dramatik durch das Leiden an einer Sucht verstärkt wird, ist die Regelung des § 18 Abs. 1 SGB XII von Bedeutung, nämlich dass „die Hilfe (einsetzt), „sobald dem Träger der Sozialhilfe oder den von ihm beauftragten Stellen bekannt wird, dass die Voraussetzungen für die Leistung vorliegen“. So ist eine schnelle Hilfsreaktion¹⁴ gesichert, wenn mangels der Fähigkeiten, um die es bei § 67 SGB XII geht, die selbständige Inanspruchnahme der Hilfe nicht gelingt oder erschwert ist. Der Verzicht auf das Antragserfordernis hat damit neben der Sicherung einer Soforthilfe die Funktion auf eine typische „soziale Schwierigkeit in Verbindung mit besonderen Lebensverhältnissen“ zu reagieren, nämlich die Schwierigkeit, sich in dem komplexen sozialen Sicherungssystem zurecht zu finden.

Schon hier ist darauf hinzuweisen, dass diese Funktion für das Verhältnis zur Eingliederungshilfe, die bewusst in Abgrenzung zur Sozialhilfe nunmehr an das Erfordernis eines Antrags gebunden ist, eine besondere Rolle spielt. Dies ist auch deshalb von Bedeutung, weil für die Gewährung der Hilfen nach § 67 SGB XII die „Voraussetzungen für die Leistung“ sehr viel „schlichter“¹⁵ sind, als z. B. bei der nun sehr komplex geregelten Eingliederungshilfe nach SGB IX¹⁶ und deshalb der „Einsatz“ der Hilfe entsprechend zügig erfolgen kann und auch muss. Insoweit hat das Gesetz Vorsorge getroffen, dass der Weg zur „Befähigung“ nicht bereits an der fehlenden Fähigkeit scheitert, mit den Zugangsschwierigkeiten umzugehen.

III.b Schrittweiser Hilfeprozess

In § 68 Abs. 1 S. 1 SGB XII nennt der Gesetzgeber zum Kompetenzerwerb für das autonome Handeln einen Maßnahmenkatalog, der Raum für „kleine Schritte“ als Erfolg der Hilfe lässt, wenn sich mit der „eigenen Kraft“ mehr im Moment nicht erreichen lässt. Neben der anspruchsvollen vorbeugenden *Abwendung* und der *Beseitigung* der Schwierigkeiten sind ausdrücklich auch Maßnahmen zur *Milderung* und zur *Verhütung von Verschlimmerung* für die

¹⁴ In der Geschichte der Wohnungslosenhilfe ist diese „schnelle Reaktion“ bis heute durch immer neue Formen der Hilfeverweigerung gefährdet – momentan durch das Vorschieben von angeblich notwendigen Klärungsprozessen für eine eventuell gebotene Eingliederungshilfe bei falsch verstandenen § 67 S. 2 SGB XII (dazu Fn. 12).

¹⁵ Dazu die Ausführungen zu den drei Tatbestandsmerkmalen in Abschnitt II.1–II.3.

¹⁶ Genannt sei nur die komplexe ICF-Orientierung nach § 118 SGB IX.

Erreichung des Hilfeziels als legitim genannt. Das bedeutet nicht, dass die Hilfe von vornherein entsprechend beschränkt werden darf. Insoweit ist § 67 S. 1 SGB XII eindeutig, wenn er von „Überwindung dieser Schwierigkeiten“ als Hilfeziel spricht. Aber ein Scheitern bei diesem Ziel, weil es Hilfesuchenden über einen längeren Zeitraum z.B. nicht gelingt, selbständig aus einer betreuten Wohnform auf Dauer in ein unabhängiges Wohnverhältnis zu wechseln, muss ggf. als „zweitbeste Lösung“ akzeptiert werden. Sie kann nicht als Scheitern der Hilfe angesehen werden, das den Hilfesuchenden womöglich noch als schuldhaft angerechnet und ihnen deshalb Hilfe verweigert wird. Das Gesetz sieht dafür vor, dass dann die Ausgestaltung der bisherigen Hilfe zu überprüfen und die Frage nach den Fähigkeiten der Hilfesuchenden zu stellen ist (§ 2 Abs. 4 DVO), also gegebenenfalls neue Hilfewege zu gehen sind. Hilfe ist also weiter geboten, auf die auch ein Anspruch besteht, sofern mit möglicherweise erst noch zu entwickelnden weiteren Maßnahmen dem eigentlichen Ziel näher zu kommen ist. Dass manchem Leistungsträger dafür das Verständnis fehlt, insbesondere wenn es um längere stationäre Maßnahmen geht, kommt z.B. darin zum Ausdruck, dass Fristen für solche Aufenthalte vorgegeben werden (meist unter Berufung auf § 2 Abs. 5 der DVO). Nur so weit solche Fristen dazu dienen, die bisherige Hilfe zu evaluieren, sind sie angemessen, wie sich aus dem Wortlaut der Vorschrift ergibt („zu überprüfen“).

Darüber hinaus aber kann die tendenziell zeitlich limitierte Hilfe (Roscher, 2020a, § 68 Rz. 6) im Einzelfall aus subjektiven, aber auch aus objektiven Gründen (z.B. Lage am Wohnungsmarkt) sehr lange dauern. Deshalb bedeutet der abgestufte Maßnahmenkatalog eine Verpflichtung des Leistungsträgers (bzw. der beauftragten Leistungserbringer), von jeder Stufe aus nach weiterführenden Lösungen zu suchen. Vor Jahren hat der Sozialpsychiater Klaus Dörner dies für alle Integrationsleistungen, also auch für die Wohnungslosenhilfe auf den Punkt gebracht: „Wie die Entwicklung ist die Rehabilitations-, Wiedereingliederungs- und Integrationsfähigkeit unabschließbar nach vorn offen und ein ebenso unabschließbarer Rechtsanspruch“ (Dörner, 2003).

III.c Die Verbindung mit unterstützenden Hilfen („verbundener Einsatz unterschiedlicher Hilfen“ – § 2 Abs. 3 S. 3 DVO)

Die Ausführungen unter II.1–II.3 haben gezeigt, dass die Auslösung eines Anspruchs auf Hilfe nach den §§ 67 SGB XII unabhängig ist von der Frage nach möglichen Ursachen der besonderen Lebensverhältnisse und den damit verbundenen sozialen Schwierigkeiten. Jede wie auch immer ausgestaltete anamnestiche Erhebung zur Klärung solcher Ursachen vor Gewährung (Bewilligung des Leistungsträgers) und Beginn der Hilfe verletzt das unter III.a beschriebene Gebot der Soforthilfe nach § 18 SGB XII. Damit sind die eingangs beschriebenen Kontroversen um die Ursachen von Wohnungslosigkeit für den *Beginn der Hilfe* irrelevant, sie lassen sich auch nicht damit begründen, dass die Leistungen nach § 67 SGB XII „nachrangig“ gegenüber z.B. der Eingliederungshilfe seien.¹⁷ Das Recht weist insoweit klar den Weg, wie mit der wissenschaftlichen Unsicherheit zur Ursachenfrage umzugehen ist: sie kann für die Auslösung des Hilfeprozesses dahingestellt bleiben.

Dennoch kann die Suchtproblematik für die Hilfe eine Rolle spielen, die aber – ebenso wie z.B. Einkommensarmut, Arbeitslosigkeit, Krankheit usw. – sinnvoll als *Hintergrundproblem* bezeichnet werden sollte. Ein solches kann unabhängig von der Ursachenfrage in der Lage der Wohnungslosen zusätzlich belastend sein. Der im Gesetz und der DVO vorgezeichnete Hilfeprozess soll die Hintergrundprobleme in einer ganz bestimmten Weise aufnehmen. Dessen Ausgangspunkt ist die *Beratung und persönliche Unterstützung* für die Erhaltung und Entwicklung der Bereitschaft und Fähigkeit zur Überwindung der sozialen Schwierigkeiten, um die Hilfesuchenden „in die Lage zu versetzen, (ihr Leben) ... selbstverantwortlich zu gestalten“. Im Prinzip geht es um die Befähigung im Bereich sozialer Kompetenzen. § 3 Abs. 1 DVO sieht als ersten Teil¹⁸ von Beratung und Unterstützung im Hilfeprozess vor, dass die Bedarfslage – die prinzipiell bei Vorliegen des Tatbestands (II.1–II.3) feststeht – im Detail konkretisiert wird. Zu bestimmen ist, um welche Kompetenzen zur selbstverantworteten Überwindung der sozialen Schwierigkeiten es tatsächlich gehen könnte. Die Hintergrundprobleme werden mit der Frage nach den „Ursachen der besonderen Lebensumstände sowie den

¹⁷ Zu solchen Fehlinterpretationen (s. Roscher, 2020a) und wie hier in erfreulicher Klarheit auch die Gesetzesbegründung zum BThG BT-Drs. 18/9522, 272.

¹⁸ Die folgenden Schritte sind idealtypisch entlang der gesetzlichen Beschreibung abgegrenzt, im eigentlichen Hilfeprozess sind sie i.d.R. situativ verflochten.

sozialen Schwierigkeiten“ Thema des Hilfeprozesses. Das heißt speziell für das Thema Sucht: dieses ist zunächst überhaupt als möglicherweise relevant für die festgestellten sozialen Schwierigkeiten zu erkennen und wie die DVO formuliert, den Hilfesuchenden „bewusst zu machen“. Hieran schließt sich an: die notwendige Information zu „in Betracht kommenden Maßnahmen und geeigneten Hilfeangeboten und -organisationen“ und zwar auch für die möglicherweise mitursächlichen Hintergrundprobleme, um die materielle und inhaltliche Basis für eine Veränderung zu schaffen. Diese Informationen münden dann – wesentlicher Teil der persönlichen Hilfe – in die Förderung der „Inanspruchnahme“¹⁹ und deren „Wirksamkeit“ und diese Förderung soll dazu beitragen, „die sozialen Schwierigkeiten nachhaltig abzuwenden“ (§ 2 Abs. 2 S. 1 DVO).

Der komplexe Hilfeprozess muss also einerseits das Hintergrundproblem Sucht aufgreifen, andererseits ist er aber auf die „Überwindung“ der sozialen Schwierigkeiten, das primäre Ziel, ausgerichtet. Dieses Spannungsverhältnis löst die DVO, indem sie fordert, dass nicht *nur bei den Hilfesuchenden* auf die Inanspruchnahme anderer in Betracht kommender Maßnahmen hingewirkt wird. Vielmehr heißt es generell „Auf Leistungen anderer Stellen oder nach anderen Vorschriften des SGB XII die ... geeignet sind, ist hinzuwirken“ (§ 2 Abs. 1 S. 4 DVO). Und für das Zusammentreffen von Wohnungslosigkeit und Sucht noch wichtiger: „Dabei ist der verbundene Einsatz der unterschiedlichen Hilfen nach dem SGB XII und nach anderen Leistungsgesetzen anzustreben“. Beide Vorschriften bauen also ausdrücklich darauf auf, dass die Lösung der Hintergrundprobleme von anderen Stellen und nach anderen gesetzlichen Vorschriften als dem § 67 SGB XII unterstützt wird, damit die Überwindung der sozialen Schwierigkeiten gelingt.

Dieses *Hinwirken und Anstreben* ist Aufgabe der Hilfe nach § 67 SGB XII und kann nur im eigentlichen Hilfeprozess stattfinden. Erst im Hilfeprozess zur Überwindung der sozialen Schwierigkeiten können sich die neuen Lebensperspektiven und Möglichkeiten zu deren Gestaltung ergeben, auch weil der Zusammenhang von sozialen Schwierigkeiten und fehlenden Fähigkeiten erst einmal bewusst gemacht werden muss. Von der gesamten gesetzlichen Anlage her ist damit die Hilfe nach § 67 SGB XII

eine Art *Leithilfe*.²⁰ Sie erkennt die Problematik der Sucht für die sozialen Schwierigkeiten, noch einmal in der Sprache des Gesetzes: sie macht bewusst und sie wirkt hin, sie strebt an, sie fördert und sichert, dass „in Betracht kommende Maßnahmen und geeignete Hilfen“ (§ 3 DVO) die Wohnungslosenhilfe nach § 67 SGB XII *unterstützen*, und so auch zur Überwindung der sozialen Schwierigkeiten beitragen.²¹ Solch eine unterstützende Hilfe ist dann konkret auch die Suchthilfe (nach SGB IX), gegebenenfalls neben anderen²² wegen weiterer „Hintergrundprobleme“.

Leithilfe wird die Hilfe nach § 67 SGB XII auch deshalb, weil eine *Verpflichtung* anderer Stellen zur proaktiven Reaktion in der Regel nicht besteht (daran hindert schon das Antragsprinzip bei den Sozialleistungen außerhalb des SGB XII). Die zunächst einmal zurückhaltende gesetzliche Formulierung vom Anzustreben und Hinzuwirken spiegelt diese Situation. Aber umso bedeutsamer für die Hilfesuchenden ist, dass diese Funktion als Leithilfe in der Praxis umgesetzt wird, denn nur dann kann es gelingen, auch die Hintergrundprobleme wie Sucht zu bearbeiten. Für die regelmäßig erhobene Forderung, die Problematik „transdisziplinär“ anzugehen (so z. B. Schreiter et al., 2020, S. 1026), die dann ebenso regelmäßig nicht in der Praxis umgesetzt wird, ist der in der DVO vorgezeichnete Weg die gesetzliche Antwort. Er ist auch die Antwort auf die Forderung nach sogenannten Clearingstellen, die ohne Bezug zu den gesetzlichen Vorgaben in Gefahr geraten, den Schwerpunkt der Hilfe weg von der konkreten Not, der Wohnungslosigkeit „unter der Hand“ zum „psychiatrischen Kontext“ zu verlagern. Sie sind deshalb in ihrem Auftrag klar darauf zu begrenzen, die besonderen Lebensverhältnisse, die sozialen Schwierigkeiten und die fehlenden Fähigkeiten zur eigenständigen Überwindung der Schwierigkeiten festzustellen und möglichst zügig (Soforthilfe!) geeignete Hilfeangebote nach den §§ 67 SGB XII zu erschließen.

Die beschriebenen Schritte des Hilfeprozesses und die durchaus nicht einfache Verbindung mit anderen Hilfen nach § 3 Abs. 3 S. 3

²⁰ Das ist ausdrücklich nicht überordnend gemeint, auch Wegweiser trifft die Funktion nicht ganz, gemeint ist eine den Weg aufzeigende bzw. deutende Funktion.

²¹ Heidenreich & Schneider (2018) sehen hier eine zentrale Aufgabe der sozialpädagogischen Fachkräfte, die in eine differenzierte Kooperation mit Psychotherapie münden muss. Wie hier wird darauf bestanden, dass in diesem Prozess der Problemlage angepasst auf „die jeweiligen Indikationen auf beiden Seiten“ eingegangen wird, also auch entsprechend der gesetzlichen Vorgabe die unterschiedlichen Hilfen sich gegenseitig ergänzend, „verbunden“ und nicht jeweils „ersetzend“ erbracht werden müssen.

²² Nach SGB II, SGB V, auch unmittelbare Hilfen nach Polizei-/Ordnungsrecht zur Sicherung einer vorübergehenden ersten Unterkunft etc.

¹⁹ Speziell genannt sind in § 3 Abs. 2 S. 2 die „erforderliche Hilfestellung bei der Inanspruchnahme in Betracht kommender Sozialleistungen, bei der Inanspruchnahme von Schuldnerberatung oder bei der Erledigung von Angelegenheiten mit Behörden und Gerichten“.

DVO²³ für die Hintergrundprobleme lassen erkennen, dass er sowohl auf der subjektiven Seite, d.h. bei den Hilfesuchenden selbst, als auch auf der objektiven Seite, d.h. bei den äußeren Bedingungen für eine Veränderung der Situation, ergebnisoffen gestaltet werden muss: das Mögliche muss zunächst einmal möglich bleiben, nicht zuletzt um zur selbstverantwortlichen Lebensgestaltung zu befähigen und nicht eine bestimmte „Lebensführung“ zu gebieten.²⁴ Das hat Auswirkungen auf Planungsvorstellungen von Leistungsträgern, die meinen, beim Zusammentreffen von Wohnungslosigkeit und einer Suchtproblematik das Planungsverfahren der Eingliederungshilfe auf eine Hilfe nach § 67 SGB XII übertragen bzw. beides miteinander vermischen zu können. Es sollte deutlich geworden sein, dass der in der Eingliederungshilfe vor eine Leistungsgewährung geschaltete Planungsprozess mit Festlegung bestimmter Hilfeziele mit den Notwendigkeiten der Hilfe nach § 67 nicht kompatibel ist (hierzu ausführlich Roscher, 2020b). Der nach § 68 Abs. 1 S. 2 SGB XII als Möglichkeit in „geeigneten Fällen“ vorgesehene Gesamtplan kann Teil des Hilfeprozesses selbst sein, wenn insbesondere ergänzend Hilfen für Hintergrundprobleme mit der Hilfe nach § 67 SGB XII zusammengeführt werden. Aber das ergibt sich erst, wenn die Leithilfe die subjektive und objektive Seite des Prozesses so weit vorangetrieben hat, dass es zur Überwindung der sozialen Schwierigkeiten sinnvoll erscheint, das im einzelnen Fall Gebotene planerisch festzulegen. Gehört dazu dann auch eine Eingliederungshilfe z. B. für die Suchtproblematik, ist aus der Hilfe nach § 67 SGB XII heraus die Beteiligung an dem speziellen Gesamtplanverfahren dort zu sichern und darauf zu bestehen, dass parallel zur bewilligten Eingliederungshilfe weiter die Hilfe nach § 67 SGB XII geleistet werden muss. Das kann in abgeschwächter Intensität geschehen, wenn z. B. bei einem Aufenthalt in einer stationären Suchthilfe momentan ein Unterkommen gesichert ist. Aber weil sie nicht den Kern „besondere Lebensverhältnisse“, die Wohnungslosigkeit und die damit verbundenen sozialen Schwierigkeiten, trifft, muss auch dann der „verbundene Einsatz der unterschiedlichen Hilfen“ (§ 2 Abs. 3 S. 3 DVO) fort dauern.

²³ „Dabei ist der verbundene Einsatz der unterschiedlichen Hilfen nach SGB XII und nach anderen Leistungsgesetzen anzustreben.“ Der Verweis auf den gesamten Sozialleistungsbereich zeigt die Bedeutung der Hilfe nach § 67 SGB XII für die Hilfesuchenden und rechtfertigt ihre Qualifizierung als „Leithilfe“.

²⁴ Sehr kritisch deshalb Formulierungen zu den Aufgaben des Case Manager in einem Standardwerk zum Casemanagement: „... sind vom Case Manager ... die Hilfen einzusetzen, die nötig sind, und nicht jene, die möglich wären“ (Kleve, 2018, S. 48).

IV Zusammenfassung

Eingangs wurde ausgeführt, dass das Recht den Zwiespalt zwischen dem Blick auf die soziale Lage einerseits und der psychiatrischen Sicht auf die Menschen andererseits nicht lösen kann. Aber im Gesetz wurde eine sozialpolitische Entscheidung getroffen, wie auf die Problematik zu schauen ist: Das Gesetz sieht einen suchtkranken *Armen* (konkret Wohnungslosen) und nicht einen armen (konkret wohnungslosen) *Suchtkranken*. Die Semantik der Aussage rückt die Bedeutung der sozialen Situation in den Vordergrund, ohne die Hintergrundproblematik zu vernachlässigen. Der Satz spiegelt das Regelsystem, wie es hier dargestellt wurde. Dieses Regelsystem lässt keinen beliebigen Richtungswechsel zwischen den beiden Sichtweisen zu, also keinen Wechsel zu Krankheit und Behinderung in der Notlage des § 67 SGB XII. Das ist die vom Recht vorgegebene Systemlogik.

Die Auslösung und der Kern der Hilfe nach § 67 SGB XII „beschränken“ sich also auf die besonderen Lebensverhältnisse und die damit verbundenen sozialen Schwierigkeiten. Die Frage nach möglichen Hintergründen der konkreten sozialen Situation kann aufgrund der sozialen Situation der Hilfesuchenden erst im Laufe des Hilfeprozesses geklärt werden, weil allzu Offensichtliches keineswegs immer etwas mit den besonderen Lebensverhältnissen und den damit verbundenen sozialen Schwierigkeiten zu tun haben muss. Im Vordergrund hat die Befähigung zur selbständigen Bewältigung der sozialen Schwierigkeiten zu stehen. Dies ist zu betonen, weil die gesetzlichen Regeln einen Bruch mit der Geschichte der Wohnungslosenhilfe vor 1974 darstellen und gegen den „zu einem geordneten Leben hinführenden“ Ansatz ein emanzipatorisches Gebot gesetzt haben.

Die gesetzliche Regelung lässt die Ursachenfrage zunächst offen. Eine Suchthilfe zur Bearbeitung der seelischen Erkrankung ist ausdrücklich nicht Aufgabe der Hilfe nach § 67 SGB XII. Aber sie kann eine vorhandene Suchtproblematik als *möglichen* Hintergrund für die sozialen Schwierigkeiten erkennen, in der Sprache des Gesetzes: sie macht bewusst und sie wirkt hin, sie strebt an, sie fördert und sichert, dass „in Betracht kommende Maßnahmen und geeignete Hilfen“ (§ 3 DVO) die Wohnungslosenhilfe nach § 67 SGB XII unterstützen. „Beratung und Unterstützung“ dehnt sich während der Hilfe aus auf die Erschließung, Nutzung und Sicherung der Wirksamkeit weiterer Hilfen. Sozusagen als *Leithilfe* strebt sie den „verbundenen Einsatz der unterschiedlichen Hilfen nach dem SGB XII und nach ande-

ren Leistungsgesetzen“ (§ 2 Abs. 1 S. 4 DVO) an. Die Hintergrundprobleme, zu denen auch die Sucht gehören kann, sind jedoch von anderen Leistungsträgern nach anderen Anspruchsgrundlagen zu bearbeiten. Aber weil sie die Hilfe nach § 67 SGB XII unterstützen können, hat ihr „Hinwirken“ und „Anstreben“ zu diesen Hilfen im eigentlichen Hilfeprozess eine zentrale Funktion. Der Gesetzgeber hat die Sicherstellung des „verbundenen Einsatzes“ der im Einzelfall möglicherweise zahlreichen notwendigen weiteren Hilfen in der akuten Not-situation *ausdrücklich im Hilfeprozess nach den §§ 67 ff. SGB XII und der DVO verankert*. Zum einen geht es darum, den emanzipatorischen Anspruch auch in einer komplexen psycho-sozialen Situation zur Geltung zu bringen. Zum anderen ist die Verankerung der Sicherstellung des „verbundenen Einsatzes“ bei der Hilfe nach § 67 SGB XII eine klare und eindeutige Antwort auf die immer wieder beklagten organisatorischen Schwächen des komplexen Versorgungssystems an den sogenannten Schnittstellen. Als Leithilfe verhindert die Hilfe nach den §§ 67 ff. SGB XII, dass es an den „Schnittstellen“ zum „Wegschneiden“ verschiedener Leistungsbereiche und zu unsachgemäßer Hilfe kommt.

Literatur

- Bäumel, J., Baur, B., Brönner, M., Pitschel-Walz, G. & Jahn, T. (2017). *Die Seewolf-Studie*. Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Dörner, K. (2003). *Der gute Arzt: Lehrbuch der ärztlichen Grundhaltung* (2. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.
- Heidenreich, T. & Schneider, S. (2018). Therapie und Soziale Arbeit. In H. W. Otto et al. (Hrsg.), *Handbuch Soziale Arbeit* (6. Aufl., S. 1754–1756). München: Reinhardt.
- Klein, M. (2018). Suchthilfe im Überblick – Geschichte und Entwicklungsaufgaben der Suchthilfe in Deutschland. *rausch – Wiener Zeitschrift für Suchttherapie*, 7/8(4/1), 253–263.
- Kleve, H. et al. (2018). *Systemisches Case Management* (5. Aufl.). Heidelberg: Auer.
- Kunstmann, W. (2017). Methodische Probleme der Erhebung psychiatrischer Krankheitsprävalenzen in Studien zur psychischen Gesundheit Wohnungsloser. *Wohnungslos*, 59, 57–62.
- Roscher, F. (1989). Können wir von der gegenwärtigen Alkoholismustherapie in der Wohnungslosenhilfe (noch) etwas erwarten? – Zehn Prüfsteine. *Gefährdetenhilfe*, 4, 108–111.
- Roscher, F. (2020a). §§ 67–69. In R. Bieritz-Harder, W. Conradis & S. Thie (Hrsg.), *Sozialgesetzbuch XII – Sozialhilfe. Lehr- und Praxiskommentar* (12. Aufl., S. 815–835). Baden-Baden: Nomos.
- Roscher, F. (2020b). Was bedeutet „Gesamtplan in geeigneten Fällen“ nach § 68 Abs. 1 S. 2 SGB XII (im Gegensatz zum Gesamtplanverfahren nach § 117 SGB IX)? *Wohnungslos*, 1, 16–20.
- Schreiter, S., Gutwinski, S. & Rössler, W. (2020). Wohnungslosigkeit und seelische Erkrankungen. *Der Nervenarzt*, 11, 1025–1031.
- Schwarz, F. X. & Seidler, A. (1938). *Der nichtseßhafte Mensch – Ein Beitrag zur Neugestaltung der Raum- und Menschenordnung im Großdeutschen Reich*. München: Beck & Bayerischer Landesverband für Wanderdienst.
- Speckmann, H. (2018). Hilfe ohne Hilfe – Über Grundprobleme der Wohnungslosenhilfe. *Blätter der Wohlfahrtspflege*, 6, 225–227.



Prof. (em.) Dr. iur. Falk Roscher

Arbeits- und Sozialrecht, Verwaltungs- und Verfassungsrecht, Rektor der Hochschule für Sozialwesen Esslingen 1993–2006, Gründungsprorektor der Hochschule Esslingen 2005/6, Mitglied des FA Sozialrecht der BAG Wohnungslosenhilfe e.V., Berlin
falk.roscher@hs-esslingen.de

Nur wer den Kontakt und das Vertrauen hat...

Wohnungslosigkeit aus Sicht der niedrigschwelligen Suchthilfe am Beispiel der Stadt Hamm

Josch Krause

Zusammenfassung

Wohnungslosigkeit ist die vielleicht größte existenzbedrohende Katastrophe, die Menschen erleben können. Ein Zustand, der kaum aushaltbar ist und nicht verwundern lässt, dass dieses häufig nur durch die Einnahme „betäubender“ Substanzen möglich zu sein scheint. Eine Suchterkrankung ist eine Ursache für den Verlust von Wohnraum und verschlechtert die Chancen auf dem Wohnungsmarkt. Anhaltende Wohnungslosigkeit oder gar ein Leben auf der Straße verstärken die Suchtprobleme und führen zur Minderung der Selbststeuerungsfähigkeit. Akzeptierende und niedrigschwellige Suchthilfe hatte schon von Beginn ihres Wiederauflebens in den 1980er Jahren die Personengruppe der wohnungslosen Drogengebraucher:innen als Adressat:innengruppe ihrer Unterstützungsangebote im Blick. Am Praxisbeispiel des Drogenhilfezentrums Hamm werden Hinweise auf das Problem der Wohnungslosigkeit im Zusammenhang mit einer Suchterkrankung gegeben und insbesondere Beispiele guter Praxis dargestellt.

Schlüsselwörter: niedrigschwellige Drogenhilfe, Wohnungslosigkeit, Wohnungsnot, Wohnungsnotfall, Suchterkrankung, Suchthilfe, gute Praxis, Schuldnerberatung, Armut, Wohnrecht

Summary

Homelessness is perhaps one of the greatest forms of personal threat to the human experience. Such a social condition is hardly bearable, and it is not surprising that this often seems to be made bearable only through the use of narcotics. Addiction can be another cause of homelessness and may worsen an individual's chance of getting back in the housing market. Long term homelessness or even a lifetime 'on the street' generally intensifies addiction problems and can lead to a reduction in self control. From the beginning of its revival in the 1980s, acceptance and low threshold services have had homeless drug users in mind. Using the practical example of the drug centre in Hamm, the following article will provide information on the problem of homelessness in connection with addiction and, in particular, examples of good practice will be presented.

Keywords: low threshold drug help, homelessness, housing shortage, housing crisis, addiction, drug help, good practice, debt counseling, poverty, right of residence

Einleitung

In den 1980er Jahren veränderte und erweiterte sich das Selbstverständnis von Suchtberatung und Suchthilfe durch das vermehrte Auftreten von HIV/AIDS und Hepatitis in den städtischen Drogenszenen und durch die erheblich steigenden Drogentotenzahlen. Schlagworte wie „Akzeptanz“, „Schadensminimierung“/„Harm reduction“, „Suchtbegleitung“ und „Niedrigschwelligkeit“ fanden ihre Umsetzung in neuen Ansätzen der Suchthilfe: aufsuchende Arbeit/

Streetwork, Spritzentausch/Safer Use, Kontaktläden, Substitutionsbehandlungen/Originalstoffvergabe und Drogenkonsumräume (Klee, 1994).

Bereits in den 1980er Jahren war das Leben von Drogen konsumierenden Menschen in den großstädtischen Szenen geprägt von großer und deutlich sichtbarer Armut, von Krankheit und Obdachlosigkeit (Krause, 1996). Die Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe schätzt für das Jahr 2018, dass rund 237 000 Menschen (zusätzlich 441 000 anerkannte Flüchtlinge) in

Deutschland wohnungslos waren. Nicht alle wohnungslosen Menschen leben tatsächlich auf der Straße. Die meisten von ihnen leben aber in ungesicherten Wohnverhältnissen. Die Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe (BAG W) schätzt die Zahl der Menschen, die auf der Straße leben, also obdachlos sind, auf 41 000 (BAG W, 2019). In Nordrhein-Westfalen sind es laut aktueller Wohnungslosenstatistik (Stichtag: 30.06.2020) insgesamt 13 905 Menschen, die von den freien Trägern der Wohnungsnotfallhilfe gemeldet wurden. Davon gelten 9,6 Prozent (1 355 Personen) als obdachlos, leben also auf der Straße. 2019 waren es noch 8,9 Prozent der gemeldeten Personen. Die anderen wohnungslosen Personen leben abwechselnd bei Bekannten/Freunden (35,4 %), in Facheinrichtungen (28,8 %), bei Familienangehörigen/Partner:innen (13,3 %), in Not- oder Ersatzunterkünften (z. B. Gartenlauben; 9,4 %) oder sonstiges (3,6 %). Insgesamt sind die (Groß-) Städte stärker von Wohnungslosigkeit betroffen (MAGS NRW, 2021).

Über 50 Prozent der Wohnungslosen haben eine Abhängigkeitserkrankung, so z. B. die „Seewolf-Studie“ (Bäumel et al., 2017). Regelmäßige statistische Untersuchungen gibt es nicht.

Niedrigschwellige Wohnungsnotfallhilfe am Beispiel des Drogenhilfeszentrums Hamm

Streetwork/Kontaktladen

Modellhaft zur Entwicklung der Suchthilfe in Deutschland entwickelte sich die Suchthilfe in Hamm: 1970 wurde der Trägerverein Arbeitskreis für Jugendhilfe e.V. gegründet. Nach Aufbau einer Wohngemeinschaft (heute stationäre Adaptionseinrichtung) und Drogenberatungsstelle wurde 1988 der Kontaktladen von einem in der Suchthilfe Hamm beschäftigten Streetworker eröffnet (Arbeitskreis für Jugendhilfe 2020). Mit dem Projekt „Kontaktladen“ vernetzte sich die ambulante Suchtberatung bereits sehr frühzeitig mit der Wohnungsnotfallhilfe in Hamm und wurde in den Praktiker:innenkreis der Wohnungsnotfallhilfe aufgenommen und anschließend Teil des städtischen Wohnungsnotfallkonzeptes. Träger der Wohnungsnotfallhilfe sind der Caritasverband Hamm, die Evangelische Perthes-Stiftung, der Katholische Sozialdienst und die Stadt Hamm als Träger der Notunterkunft und eben der Arbeitskreis für Jugendhilfe e.V.

Im Kontaktladen wurden Ende der 1980er Jahre und werden heute noch niedrigschwellige Überlebenshilfen für Menschen angeboten,

die illegale Suchtstoffe konsumieren: ein Essensangebot, Wäsche waschen, Duschen, Spritzentausch. Daran angegliedert wurden offene Beratungsangebote: Sozialberatung, Rechtsberatung, Vermittlung in weiterführende Angebote der Suchthilfe. Thema war bereits seit den 1980er Jahren die Absicherung von Wohnraum, die Wohnraumsuche und Vermittlung in Angebote der Wohnungsnotfallhilfe (Notunterkunft, stationär betreutes Wohnen, Frauenhaus). Bereits in den 1990er Jahren stellte die Einrichtung einen ersten Antrag auf Bewilligung von zusätzlichen Leistungen als Vorgriff auf die heute gängige Unterstützungsform des Ambulant Betreuten Wohnens, um eine erhebliche Verwahrlosung und damit einhergehenden drohenden Wohnungsverlust durch einen individuellen Hilfeplan, der einen zeitlichen Rahmen und einen beschriebenen Arbeitsaufwand für Maßnahmen zur Wohnraumbeschaffung beinhalten, zu stoppen.

Im Jahr 2000 wurden die Einrichtungen Kontaktladen und Drogenberatung zusammengelegt, so dass nun alle Hilfen, niedrigschwellige und termingebundene, in einer Einrichtung zu bekommen sind.

Insbesondere die Gruppe der obdachlosen Menschen stellte die niedrigschwellige Suchthilfe vor immer neue Herausforderungen, da diese Gruppe aufgrund der unverkennbaren Not und der stets präsenten Lebensgefährdung akut Hilfe erfordert, die Mitarbeiter:innen durch die multiplen Problemlagen gleichzeitig fordert: Erste-Hilfe-Notfälle, Streitigkeiten unter den Ratsuchenden, kompulsiver Drogenkonsum, Bedrohung von Mitarbeiter:innen, als unangenehm empfundene (Körper-)Gerüche, unlösbare Probleme etc. Vielleicht sehen sich die Helfenden im Angesicht dieser Not und des Elends unmittelbar zum Handeln aufgerufen und fühlen, dass damit eine besondere Dynamik oder ein Druck entsteht, der die Entwicklung neuer Hilfeformen vorantreibt. Es ist schon auffällig und sicherlich auch ein Qualitätsmerkmal der niedrigschwelligen Suchthilfe, dass zahlreiche unterschiedliche Hilfekonzep-te erprobt wurden, die sich dauerhaft etablieren konnten (zum Beispiel Spritzentausch und Safer-Use-Angebote, Kontaktläden, Konsumräume). Viele wohnungslose Menschen haben nicht nur gesundheitliche und finanzielle Probleme, sondern fühlen sich mit den Anforderungen einer zunehmenden Bürokratie überfordert: umfangreiche Anträge, viele Nachweise, fehlende Dokumente, Termine, Fristsetzungen, Leistungskürzung oder -einstellung. Die Betroffenen wirken „sozial erschöpft“ (Lutz, 2017): sie arrangieren sich infolge dessen in ihrem von Armut gekennzeichneten Lebensum-

feld, sie lernen „auf der Straße“ zu überleben, sie richten sich in ihrem Lebensumfeld ein und schaffen es nicht mehr ihre eigenen Kompetenzen und Ressourcen zu aktivieren.

Mit verschiedenen Unterstützungs- und Hilfeformen der Sozialen Arbeit in den niedrigschwelligen Suchthilfeeinrichtungen wird daher versucht, weitgehend individualisierte Hilfen und Lösungen für individuelle Problemlagen zu finden. Im Drogenhilfezentrum Hamm wurden einige dieser Hilfen in den letzten 25 Jahren standardisiert und zu festen Hilfeangeboten der Einrichtung. Insbesondere wurden Hilfen, die Lösungen für die finanziellen und bürokratischen Probleme der Klientel ermöglichen, entwickelt. Diese werden in den nachfolgenden Absätzen dargestellt.

Existenzsicherung/Geldverwaltung

1997 wurde erstmalig das Einkommen einer Klient:in auf eigenen Wunsch über ein Konto des Kontaktladens verwaltet. Viele Inhaftierungen werden durch das Nichteinhalten von Ratenzahlungsplänen von Geldstrafen verursacht. Mit der Inhaftierung droht der Wohnungsverlust. Auch Mietschulden entstehen bei suchtkranken Menschen sehr häufig. Die Folgen eines Mietversäumnisses sind bekannt: Androhung der Kündigung, Zwangsräumung, noch höhere Mietschulden und Verlust des kompletten Eigentums und dann Wohnungslosigkeit. Die hohen Beschaffungskosten für Drogen und der immense Suchtdruck bedingen zunehmend die Organisation neuer Finanzierungsmöglichkeiten. Um möglichst nicht kriminell werden zu müssen, werden zunächst alle legal zugänglichen Geldquellen genutzt, auch wenn dieses Verhalten die Existenzbedingungen gefährdet: Lieber einmal die Miete oder Strom nicht zahlen, als einen Diebstahl zu begehen.

Bereits nach einer kurzen Zeit der Umsetzung zeigte sich das Angebot der Geldverwaltung im Kontaktladen als ein sehr wirksames und nachhaltiges Instrument zur Absicherung der finanziellen Existenz. Zudem zeigte sich bei den Personen, die dieses Angebot für sich immer freiwillig in Anspruch nahmen, dass sich die Zahl der Kontaktaufnahmen zu Mitarbeitenden der Einrichtung deutlich erhöhte, so dass intensivere Beziehungen eingegangen und damit auch weitere Hilfen angenommen wurden. Zunehmend wurde das Angebot der Geldverwaltung von wohnungslosen Menschen genutzt, da diese häufig über kein eigenes Konto verfügten. Trotz Selbstverpflichtung der Banken im Jahr 1995, dass allen Bürger:innen

grundsätzlich ein Konto zur Verfügung gestellt werden sollte (ZKA, 2021), war die Realität eine andere. Bereits 2005 nutzten insgesamt 27 Personen in Hamm das Angebot der Geldverwaltung, mittlerweile nutzen tagesaktuell 50–60 Menschen das Angebot. 2019 nutzten insgesamt im Laufe des Jahres 140 Personen die Geldverwaltung.

Im Laufe der Jahre entwickelte sich die Geldverwaltung für wohnungslose Menschen speziell in Hamm zu einem Modell mit Vorbildcharakter für die niedrigschwellige Suchtarbeit: ein wohnungsloser Mensch mit Suchtproblematik wendet sich bei finanziellen Problemen direkt an das Drogenhilfezentrum und nicht an die zuständige Behörde. Dort stellt er den entsprechenden Antrag auf öffentliche Unterstützung, insbesondere auf ALG-II-Leistungen. Zur Verfügung steht ein vereinfachtes Antragsformular und eine personelle Zuordnung im Jobcenter. Ab Antragstellung kann die Beratungsstelle in Vorleistung gehen, um die unmittelbare finanzielle Notlage abzuwenden. Durch die Betreuung können sehr schnell finanzielle Hilfen sichergestellt und Leistungsansprüche durchgesetzt werden. Über einen vermeidlichen Umweg, der sich aber schließlich als Abkürzung herausstellt, bekommen wohnungslose Menschen einen niedrigschwelligen Zugang zu den Ämtern und damit zu den gesetzlichen Leistungen zur Existenzabsicherung. Mit Klärung der Leistungsansprüche werden gleichzeitig die gesetzlichen Krankenversicherungsleistungen gesichert und damit auch die medizinische Versorgung. Dadurch können beispielsweise Betroffene zeitnah in die Substitutionsbehandlung vermittelt und gleichzeitig die anfallenden Zuzahlungen zu den Medikamentenkosten bezahlt werden. Auch die unmittelbare Vermittlung nicht nur ins medizinische System, sondern auch ins Suchthilfesystem (Entgiftung, Entwöhnung, sozialtherapeutische Wohneinrichtung) wird durch die niedrigschwellige und zeitnahe Existenzabsicherung erst möglich. Erst mit der Grundabsicherung der Hilfesuchenden kann die Suchthilfe die eigenen Vorteile der Vermittlung in das ausdifferenzierte Suchthilfesystem ausreichend nutzen und damit immer auch eine Wohnungslosigkeit oder eine drohende Wohnungslosigkeit verhindern. Die Vermittlung in weiterführende Hilfeangebote gehört zu den Kernaufgaben von Suchtberatungsstellen in Deutschland (FDR, 2005). Diese fachliche Vermittlungs-Kompetenz in das Suchthilfesystem steht damit auch wohnungslosen Hilfesuchenden unmittelbar zur Verfügung und wird nicht erst aufgrund vorheriger langwieriger Zeiten der Existenzabsicherung blockiert.

Durch die zeitnahe Durchsetzung der Leistungsansprüche haben wohnungslose Personen schnell die Möglichkeit Wohnraum anzumieten. Sehr dramatisch verlaufen die ungesicherten Zeiträume: keine Wohnung, suchtkrank, kein Einkommen, keine medizinische Versorgung – die Folgen für die betroffene Person, aber auch für die Kommune/Stadt sind: einerseits gesundheitliche Schäden bis zur Lebensgefahr, Verwahrlosung, Opfer von Gewalt, strafrechtliche Folgen durch kriminelle Handlungen und andererseits erhöhtes kriminelles Geschehen, öffentlicher Konsum, Formen des Bettelns, Ansammlungen größerer Gruppen, Ängste und Sorgen von Bürger:innen etc.

Deutlich wird hier die „Win-Win-Win“-Situation:

1. Für das Jobcenter: Es kann sich auf die eigenen Kompetenzen der Bearbeitung und Bewilligung von Leistungsansprüchen konzentrieren, da kein persönlicher Kontakt mehr notwendig ist, und es entstehen zeitliche und damit personelle Vorteile, die in der Netzwerkarbeit eingesetzt werden können.
2. Für die Stadt/Kommune: Hilfebedürftigen wird die Existenz schnell abgesichert, so dass kriminelles Geschehen ausgebrems wird und schnellere Vermittlungsmöglichkeiten die Zahl der wohnungslosen Bürger:innen sinken lässt.
3. Die Beratungsdienste erhalten automatisch den Kontakt zu den Hilfesuchenden und müssen diesen nicht zeit- und personalaufwendig durch aufsuchende Arbeit herstellen, zudem ist der Kontakt zuverlässig und die Kontaktzahl hoch.
4. Für wohnungslose Menschen: erhalten zeitnahe Leistungen, erhalten Unterstützung bei

der Antragstellung und der Bearbeitung der Post, können zeitnah medizinische Hilfen nutzen, erhalten Unterstützung bei der Vermittlung weiterführender Hilfen und bei der Abwendung der Wohnungslosigkeit (also Vermittlung in Notschlafstellen, Facheinrichtungen der Wohnungslosenhilfe, Hilfen bei der Wohnungssuche).

Aktuell wird in einem Pilot-Projekt in Kooperation der Sparkasse Hamm mit dem Drogenhilfezentrum eine Umstellung der Auszahlung der Leistungen auf eigene Konten erprobt, um digitale Vorteile von Onlinebanking für die Gruppe der Ratsuchenden zugänglich zu machen.

Mit der Geldverwaltung einher geht das Angebot der Zurverfügungstellung einer Postanschrift. Die empfangene Post kann direkt in den offenen Beratungsstunden des Drogenhilfezentrums bearbeitet werden. Auch dieses Angebot erhöht die Kontaktzahl zu den Ratsuchenden.

Wie bereits erwähnt, führt das Land Nordrhein-Westfalen (NRW) jeweils zum Stichtag 30. Juni jedes Jahr eine Erhebung der Wohnungslosenzahlen der Kommunen und der freien Träger der Wohnungslosenhilfe durch. Aufgrund der klaren Aufteilung der wohnungslosen Menschen in Hamm erhebt auch das Drogenhilfezentrum des Arbeitskreises für Jugendhilfe e.V. die tagesaktuellen Zahlen der betreuten wohnungslosen Personen. Zum Stichtag 2020 waren dies 60 wohnungslose Personen, die über das Drogenhilfezentrum Hamm betreut wurden, im Jahr 2021 sind es 52 Personen (10 Frauen und 42 Männer; Abbildung 1 und 2). „Betreut werden“ heißt in Hamm dann auch immer, dass die Personen ihr Einkommen über eine Beratungsstelle erhalten, ihre Leistungsan-

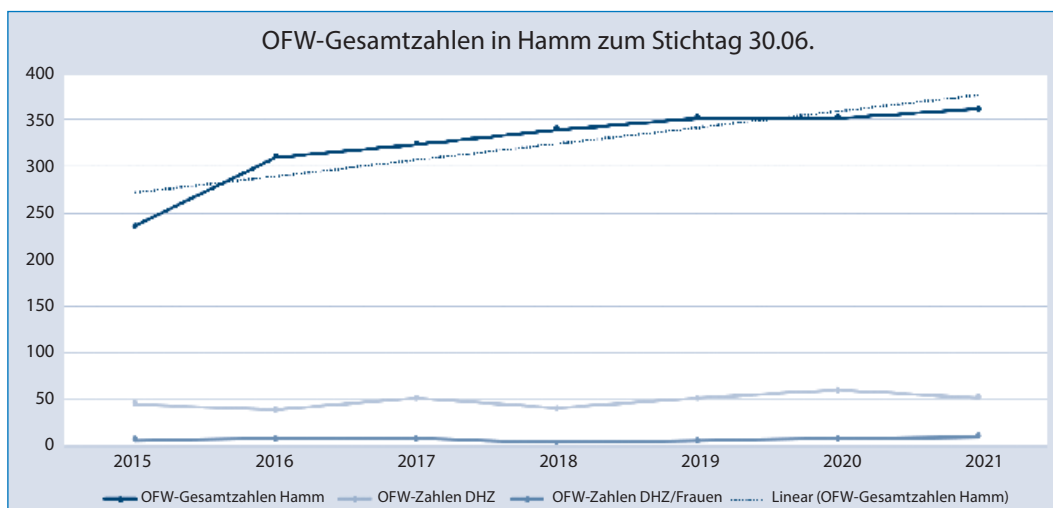


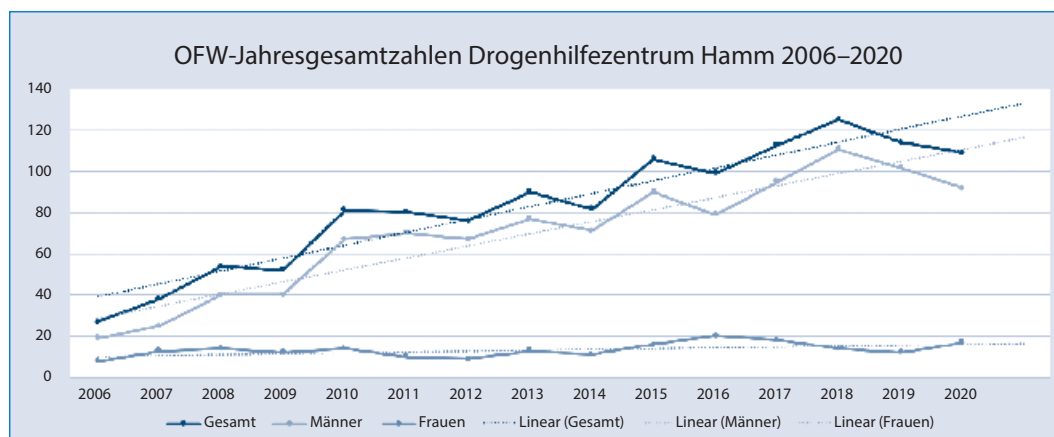
Abbildung 1

Wohnungslose in Hamm
2015–2021

Quelle: Gemeinsame Datenerhebung der Einrichtungen der Wohnungsnotfallhilfe in Hamm zum jährlichen Stichtag am 30.06. zur Meldung der landesweiten Wohnungslosenstatistik von IT-NRW.

Abbildung 2

Beratungsfälle
Wohnungslose im
Drogenhilfezentrum
Hamm



Quelle: Eigene Datenerhebung im Drogenhilfezentrum Hamm für den jährlichen Qualitätsbericht.

sprüche und -anträge über die Beratungsstelle bearbeiten, ihre Post in Empfang nehmen. Dieses ist das „kleinste“ Hilfeangebot der Einrichtung an wohnungslose Personen.

Tatsächlich bieten die in Hamm umgesetzten Vereinbarungen zur Verbesserung der Versorgungssituation von Menschen in Wohnungsnot viele Antworten einer „guten Praxis“ auf die in den Empfehlungen der BAG W zur vernetzten Zusammenarbeit SGB II/SGB XII zur sozialen Teilhabe und Arbeitsmarktintegration von Menschen in Wohnungsnot und sozialen Schwierigkeiten aufgeführten Probleme (BAG W, 2021a): Zugangsbarrieren, Erreichbarkeit, Menschen mit Hunden, wechselnde Ansprechpartner:innen, fehlende Postanschrift, Aufbewahrung von Unterlagen, fehlende Dokumente, Auszahlung der Leistungen, Sicherstellung Krankenversicherungsschutz, Wiedererlangung von Wohnraum, Eingliederungsvereinbarung.

Integrierte Schuldnerberatung

Seit Ende der 1990er Jahre bietet das Drogenhilfezentrum eine niedrigschwellige und integrative Form der Schuldnerberatung an. Eigene Mitarbeiter:innen wurden zu Schuldnerberater:innen berufsbegleitend ausgebildet. Im Jahr 2003 erhielt das Drogenhilfezentrum Hamm eine Anerkennung zur Verbraucher- und Insolvenzberatungsstelle, so dass komplette Schuldensanierungen durchgeführt werden können (Krause, 2019).

In NRW wird in mehreren Suchtberatungsstellen eine integrierte Form der Schuldnerberatung angeboten. Eine Anerkennung zur Verbraucher- und Insolvenzberatungsstelle wurde in NRW von einer Drogenberatungsstelle bisher nur in Hamm beantragt. Zum jetzigen Stand einmalig hat das Land Rheinland-Pfalz im

Rahmen der finanziellen Förderung von spezialisierten Insolvenz-/Schuldnerberatungsstellen

„(...) auf Initiative des Landesdrogenbeauftragten auch fünf integrierte Schuldnerberatungsstellen im Rahmen eines Fachkräfteprogramms in dem rheinland-pfälzischen Suchtkrankenhilfesystem eingerichtet.“ (SFZ, 2021)

Bei den Ursachen für Überschuldung haben die gesundheitlichen Gründe „Erkrankung, Sucht, Unfall“ mittlerweile die sozialen Gründe „Trennung, Scheidung, Tod der Partnerin/des Partners“ vom zweiten Platz hinter „Arbeitslosigkeit“ abgelöst und zeigen eine stetige Steigerung: geben im Jahr 2010 noch von 11,6 Prozent der in Schuldnerberatungsstellen beratenden Personen gesundheitliche Hauptgründe für die Überschuldung an, sind es im Jahr 2020 bereits 16,5 Prozent gewesen (www.destatis.de).

Insbesondere eine intensive Kooperation mit der bundesweit arbeitenden und in Hamm ansässigen Marianne-von-Weizsäcker-Stiftung bietet sehr schnelle Möglichkeiten auch von Teilsanierungen, wenn z.B. vorrangig Miet- oder Stromschulden geklärt werden müssen (Marianne-von-Weizsäcker-Stiftung, 2021). Ohne Wartezeiten werden im Drogenhilfezentrum Hamm schuldnerberaterische Hilfen im Rahmen der offenen Sprechstunden angeboten. Hier können für wohnungslose Ratsuchende elementare Probleme, die einer Wohnraumanmietung im Wege stehen können, geklärt werden: Antragstellung Schufa-Selbstauskunft, Klärung von Negativeinträgen, Probleme mit dem Konto (inklusive P-Konto-Bescheinigung gem. § 850 k Abs. 2 ZPO [Zivilprozessordnung], Miet- und Stromschulden. In der Kombination mit der Geldverwaltung können nachhaltige Ratenvereinbarungen getroffen oder Ansparungen vorgenommen werden.

Geldstrafen und Geldbußen stellen bei Menschen mit illegaler Suchtproblematik eine sehr große Problematik dar. Die Geldverwaltung bietet, wie bereits aufgezeigt, ein sehr schnelles und nachhaltiges Hilfeangebot. In der Schuldnerberatung können dann die mit den Strafverfahren in Verbindung stehenden nicht unerheblichen Justizkostenforderungen berücksichtigt und saniert werden.

Auch in den offenen und niedrigschwelligen Beratungsangeboten werden bereits die Schuldenunterlagen gesammelt, sortiert und Akten angelegt. Die Schuldenrecherche verursacht in der Vorbereitung von Schuldenbereinigungsplänen eine erhebliche Arbeit. Wohnungslosigkeit, Haftaufenthalte, Ortswechsel führen häufig zum Verlust aller Papiere. Durch die Bereitstellung einer Postanschrift können Gläubiger:innen ihre Forderungen wieder geltend machen, die Schuldner:innen aber auch unmittelbar Beratung vor Ort erhalten. Unter Umständen können bereits unnötige weitere Kosten verhindert und Forderungsaufstellungen korrigiert werden.

Individuell kann der richtige Zeitpunkt zum Start einer Schuldensanierung vereinbart werden. Schuldnerberatung kann aber auch immer wieder unterbrochen werden, falls schwerwiegende andere Probleme auftreten (z.B. wieder in den Vordergrund tretende Drogenprobleme). Die Entschuldungsdarlehen der Marianne-von-Weizsäcker-Stiftung bieten insbesondere zeitliche Vorteile, die bei vorliegender Suchterkrankung für den Erfolg einer Entschuldung entscheidend sein können.

Schulden bedeuten bei der Wohnungssuche erhebliche Nachteile. Vielleicht könnte die über 30-jährige erfolgreiche Arbeit der Marianne-von-Weizsäcker-Stiftung Modell für eine große Bundesstiftung sein, um allen verschuldeten Menschen in Deutschland eine schnellere Alternative zum bürokratisch aufwendigen Insolvenzverfahren zu bieten und der bei Implementierung des Insolvenzrechtes als Königsweg ausgerufenen außergerichtlichen Schuldenbereinigung tatsächlich zu vorrangiger Geltung verhelfen (Krause, 2019; Stephan-Kommission, 2021). Das Insolvenzverfahren in Deutschland wurde endlich dank deutlicher Unterstützung und Aufforderung der EU zum 01.10.2021 auf den europäischen Standard von drei Jahren verkürzt. Dennoch verbleiben auch danach für zahlungsunfähige Menschen noch lange Zeiten zur Abzahlung der deutlich gestiegenen Verfahrenskosten.

Wohnungslose Menschen benötigen erstens einen niedrigschwelligen Zugang zur Schuldnerberatung und zweitens schnelle Hilfen. Hier ist Schuldnerberatung gefordert, damit auch

suchtkranken und wohnungslosen Menschen adäquate Hilfe angeboten werden kann.

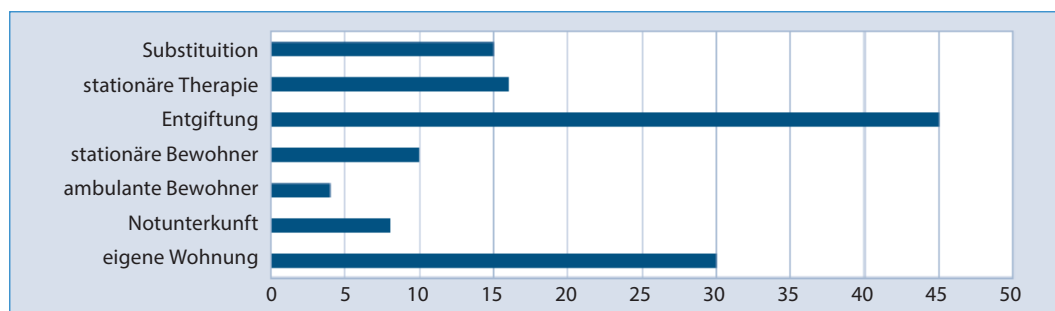
Die große Tagung der BAG Wohnungslosenhilfe gemeinsam mit der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) im Jahr 2021 zeigt die Wichtigkeit der Vernetzung und Kooperation von Fachwissen und -können. Schuldnerberatung ist intensiv den Weg in Richtung Insolvenzverfahren mitgegangen und hat bewiesen, dass eine unabhängige Schuldnerberatung das richtige Angebot für überschuldete Bürger:innen ist. Dabei ist leider ein Teil der ursprünglichen Aufgaben in den Hintergrund getreten: Sozialberatung und wirtschaftliche Begleitung/Budgetberatung von ärmeren Haushalten – wohnungslose Menschen scheinen komplett als Zielgruppe verloren gegangen zu sein. Die die Schuldnerberatung auszeichnenden fachlichen Kompetenzen sind bei der Betreuung von Wohnungslosigkeit bedrohter Personen, von wohnungslosen Menschen und von Menschen mit Suchterkrankung dringend erforderlich. Daher ist auch die Schuldnerberatung eine weitere entscheidende Säule zur Bekämpfung von Wohnungslosigkeit in Deutschland. Eine bessere Vernetzung mit der Wohnungslosenhilfe und der Suchthilfe und der Aufbau von niedrigschwelligen Angeboten sind unbedingt notwendig. Mehrere Wochen oder sogar Monate Wartezeit für ein Erstgespräch dürfen nicht sein, denn damit ist der beschriebene Personenkreis von dieser hochqualifizierten Hilfe ausgeschlossen.

Wohnungssuche/ Wohnraumvermittlung

Schon seit Aufbau der niedrigschwelligen Drogenarbeit Mitte/Ende der 1980er Jahre gehörte auch die Unterstützung bei der Wohnungssuche zu den Hilfeangeboten. Häufig verfügen wohnungslose Menschen über kein eigenes Telefon oder andere digitale Kommunikationsmöglichkeiten und sind auf Dritte angewiesen. Auch eine fehlende Postanschrift behindert die Wohnungssuche. Tatsächlich ist es ein nicht geringes Problem, dass Suchthilfeeinrichtungen diesbezüglich keinen vorteilhaften Namen tragen. Von „Drogenberatung“ hört ein Vermieter den Begriff „Drogen“, aber nicht den Begriff „Beratung“, so dass hier immer mit Geschick und Umsicht zu hantieren ist. Im Jahr 2018 erlebte der Arbeitskreis für Jugendhilfe e.V. erstmalig den höchst dramatischen Fall, dass ein Patient der vereinseigenen stationären Fachklinik Release nach erfolgreicher Entwöhnungsphase und anschließender Adaptionszeit (insgesamt neun Monate) in die Wohnungslosigkeit

Abbildung 3

Vermittlung
wohnungsloser Personen
im Drogenhilfzentrum
Hamm im Jahr 2019



Quelle: Eigene Datenerhebung im Drogenhilfzentrum Hamm für den jährlichen Qualitätsbericht.

entlassen werden musste, da keine Wohnung gefunden wurde. Diese unhaltbare Situation erhöhte den Handlungsdruck noch mehr, so dass die Einrichtungen des Trägervereins das Thema „Wohnungslosigkeit“ in den Mittelpunkt rückten.

Auf einem einberufenen vereinsinternen Wohnraumgipfel im Jahr 2019 wurde eine Bestandserhebung durchgeführt und Ziele entwickelt. Eines der vereinbarten Ziele ist der Aufbau eines Netzwerkes insbesondere von privaten Vermieter:innen, die in enger Kooperation mit den Einrichtungen das Wagnis von Vermietungen eingehen. Mittlerweile konnten durch persönliche Anstrengungen einzelner Mitarbeiter:innen ein ansehnlicher Pool von Privatvermieter:innen aufgebaut werden, der sehr passgenaue Vermittlungen in Wohnraum ermöglicht: es wurde ein Profil erstellt, welche Vermieter:innen bestimmte Personengruppen mit unterschiedlichen Problemen abdecken, und es ist bekannt, was die jeweiligen Vermieter:innen an Kooperation von unserer Seite benötigen. Ein lokaler Wohnraumgipfel unter Beteiligung aller zuständigen Akteure der Wohnungsnotfallhilfe, der Ämter und Vertreter:innen der Immobilienwirtschaft wird aktuell geplant.

Die Übersicht in Abbildung 3 zeigt deutlich die Vorteile eines integrativen Ansatzes, da Suchthilfe in der Versorgung von wohnungslosen suchtkranken Menschen zusätzlich zu erfolgreicher Vermittlung von Personen in Wohnraum (30) und Angebote der Wohnungslosenhilfe (10) auf die Kernkompetenz der Vermittlung ins Suchthilfesystem zugreifen kann.

Ambulant Betreutes Wohnen §§ 67 ff. SGB XII

Ambulante Betreuungshilfen für suchtkranke Menschen werden von der Suchthilfe bereits seit vielen Jahren früher gemäß §§ 53, 54 SGB XII und jetzt gemäß § 113 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX angeboten. Die hier beschriebenen Hilfen zielen

auf die soziale Teilhabe für Menschen mit Behinderungen. Die Krankheit ist die Grundlage der Bewilligung eines Antrages. Voraussetzung dieser Hilfe ist aber das Vorhandensein von eigenem Wohnraum. Die hohe Zahl von Wohnungslosen, die gleichzeitig ein Suchtproblem haben, ist ein Indikator dafür, dass eine große Zahl dieser Menschen erst sehr spät Zugang zu einer intensiveren Betreuung erhält.

Im Jahr 2018 hat das Drogenhilfzentrum in gemeinsamer Absprache mit der Stadt Hamm und allen lokalen Trägern der Wohnungsnotfallhilfe beim Landschaftsverband Westfalen-Lippe einen Antrag auf Aufnahme in den Trägerkreis der sogenannten 67er-Hilfe gestellt, dem insbesondere aufgrund der klaren wohlwollenden Positionierung aller Kooperationspartner:innen zugestimmt wurde. Sogenannte 67er-Hilfen (§§ 67 ff. SGB XII) dienen der Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten. Die besonderen Schwierigkeiten sind fehlender oder nicht ausreichender Wohnraum, ungesicherte wirtschaftliche Lebensgrundlage, gewaltgeprägte Lebensumstände, Entlassung aus einer geschlossenen Einrichtung, Ausgrenzung (§ 1 DVO zu § 69 SGB XII). Mittlerweile nehmen rund 15 Personen (Stand 10/2020) diese Hilfe für sich in unserem Haus in Anspruch. Die fast unmittelbar einsetzende Hilfe befördert noch einmal die Vermittlung in Wohnraum und dann insbesondere auch den Bezug der Wohnung und den Erhalt des Wohnraums. In aller Regel ziehen die Personen ohne jeglichen Besitz in die Wohnung ein und haben zuvor schon über längere Zeiträume hinweg keine eigene Wohnung bewohnt und verwaltet, so dass erhebliche Probleme und Hürden zu nehmen sind: Klärung Mietkostenübernahme, Möblierung, Bewirtschaftung, Tagesstruktur, Umgang mit Geld, Klärung bürokratischer Angelegenheiten und medizinische Versorgung. In einer Empfehlung der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe wird zurecht die Funktion einer „Leithilfe“ der §§ 67 ff. SGB XII beim Zusammentreffen von Wohnungslosigkeit und Bedarfen nach anderen Leistungsge-

setzen betont (BAG W, 2021). Weitere Hilfen sollen eingebunden und ihre Inanspruchnahme und Wirksamkeit gefördert werden (§ 2 f. DVO zu § 69 SGB XII).

All diese Hilfen sind aus einer Komm-Struktur einer Beratungsstelle nicht ausreichend zu verwirklichen, so dass hier das Angebot des Ambulant Betreuten Wohnens zur Ergänzung der vorhandenen Angebote dringend erforderlich war und aktuell die höchste Nachfrage zu bewältigen hat.

Ambulante Einzelfallhilfen, wie sie in Nordrhein-Westfalen über die Landschaftsverbände in NRW in den zwei Landesteilen Westfalen-Lippe (LWL) und Rheinland (LVR) angeboten werden, bieten die passgenaue Hilfe für hilfesuchende Menschen an. Auch für wohnungslose Menschen bieten sie die richtige Unterstützung an. Allerdings benötigen die Menschen einen niedrigschwelligen Zugang in Form einer Beratungsstelle, die die Anträge stellt und daher scheint es sinnvoll zu sein, dass die Suchthilfe diese Hilfeform für sich nutzt, da die Suchthilfeeinrichtungen gelernt haben, dass sie nur erfolgreich sein können, wenn sie mit möglichst niedrigen Schwellen, mit einer akzeptierenden Haltung, unter Einbeziehung der Betroffenen und an den Bedürfnissen der Zielgruppen Angebote entwickeln und vorhalten.

Ungeklärt ist an dieser Form der Hilfe die Finanzierung der Grundversorgungsstruktur, die notwendig ist, damit ein Antrag gestellt werden kann und die Finanzierung der unerlässlichen Netzwerkarbeit, da ausschließlich einzelfallbezogene Tätigkeiten abrechenbar sind. Wohnungslosigkeit ist nicht nur das Problem des Einzelnen, sondern immer auch ein strukturelles Problem. Grundsätzliche Verbesserungen lassen sich nur in gemeinsamer Initiative bewerkstelligen. Ambulante Betreuungshilfen können keinen zusätzlichen Wohnraum schaffen. Daher scheint hier eine Nachjustierung notwendig zu sein, damit die Fachleute dieser Hilfen, also die betreuenden Mitarbeiter:innen, ein aktiver Teil der Netzwerke, Arbeitsgruppen, Vertretungen in den Verbänden usw. werden können.

Praktische Hilfen für wohnungslose Menschen im Drogenhilfezentrum Hamm

Schon immer zeichnete die akzeptierende und niedrigschwellige Suchthilfe ein äußerst pragmatischer Hilfeansatz aus. Mit dem Bulli in den Park fahren, Brötchen und Kaffee dort ausschenken, wo die Menschen sind, Sprit-

zentausch, Schaffung von menschenwürdigen und hygienischen Konsummöglichkeiten, Not-schlafstellen in Szenenähe usw. Da die Hilfen bedürfnisorientiert sind und die Bedürfnisse sich beständig ändern, entwickeln sich auch die Hilfen immer weiter fort. Was funktioniert, hat Bestand (z. B. in Hamm das Kontaktcafé mit den Angeboten Aufenthalt, Essen/Trinken, Dusche, Wäsche waschen, Safer-Use-Hilfen, offene Beratungsangebote), anderes muss verändert oder neu erfunden werden. Das Drogenhilfezentrum in Hamm hat in den letzten Jahren einige zusätzliche Hilfen insbesondere für wohnungslose Menschen eingeführt.

Gepäckschließfachanlage für wohnungslose Menschen

Nach einem Vorbild in Lissabon wurden mit Unterstützung der Möhler-Stiftung für Menschen in Not auch in deutschen Städten Gepäckschließfachanlagen für Obdachlose geplant, finanziell unterstützt und angefertigt. Diese werden von Einrichtungen der Wohnungsnotfallhilfe betreut (Möhler-Stiftung, 2021). Im Oktober 2020 wurde die Anlage installiert und eingeweiht.

Die Schließfächer sichern nicht nur das Eigentum von Wohnungslosen, sondern erleichtert die Wahrnehmung von Behördengängen, Arztbesuchen und Wohnungsbesichtigungen.

Die Schließfachanlage wurde im Hof des Drogenhilfezentrums installiert und ist absichtlich in kleiner Form in Auftrag gegeben worden, da die Hoffnung besteht, dass mehrere kleine Anlagen bei weiteren Trägern des Wohnungsnotfallnetzwerkes Hamm folgen werden, um möglichst keine neuen Treffpunkte zu schaffen und die Wege für die Nutzer:innen kurz zu halten. Auch die städtische Notunterkunft hält mittlerweile für untergebrachte Personen Schließfächer vor. Die Erfahrungen sind bisher sehr positiv: die Anlage ist ausgebucht, die Nutzer:innen pflegen ihre Fächer und auch den Stellplatz im Hof.

Café goes online

Zum Jahreswechsel konnte dank einer Spende ein WLAN-Hotspot im Café des Drogenhilfezentrums eingerichtet werden. Die Besucher:innen können nun jeweils zeitlich beschränkt das Internet nutzen. Bei der Wohnungssuche oder im Kontakt mit den für den persönlichen Kontakt pandemiebedingt geschlossenen Behörden ist dieses Angebot sehr hilfreich. Gerade in der aktuellen Corona-Krise

ist dieses eine kleine, aber sehr wirksame Verbesserung des Hilfeangebotes. Digitale Angebote sind für wohnungslose Menschen nicht nutzbar, so dass diese Personengruppe in erheblicher Weise durch die Einschränkungen der Pandemie, aber auch generell benachteiligt und ausgeschlossen wurde.

Notkleiderkammer und Kooperationsvereinbarungen

Corona machte viele weitere kleine Hilfen notwendig und weist damit auch Wege für die Zukunft: da alle Kleiderkammern und Geschenkeläden während der Corona-Krise schließen mussten, da sie fast ausschließlich von älteren ehrenamtlichen Helfer:innen betrieben werden, wurde im Café des Drogenhilfezentrums eine kleine Notkleiderkammer eingerichtet, die auch dank Spenden der Corona- und Winternothilfe des Landes NRW und vieler privater Spenden bestückt werden konnte. Kooperationsvereinbarungen konnten dank dieser Spenden auch mit der Hammer Tafel e.V. und dem Geschenkeladen Humanitas e.V. vereinbart werden. Im Notfall können Ratsuchende mit einer Bescheinigung des Drogenhilfezentrums von den Eigenkosten befreit werden.

Auch in den Zeiten der Pandemie zeichneten sich die niedrigschwelligen Hilfen als sehr geeignete Maßnahmen aus, um die Menschen zu erreichen und von den gesundheitlichen Maßnahmen profitieren zu lassen. Als viele öffentliche Versorgungseinrichtungen geschlossen wurden und damit insbesondere ärmere Haushalte und wohnungslose Menschen im wahrsten Sinne ausgeschlossen wurden, konnten Suchthilfeeinrichtungen die Versorgung aufrechterhalten: überregionale (z.B. über die AIDS-Hilfe NRW und JES-NRW mit Unterstützung der Landesregierung) und lokale Initiativen ermöglichten die Verteilung von Lebensmittelspenden und die kostenlose Vergabe von Desinfektionsmitteln und Schutzmasken. Informationsmaterialien zum Thema COVID-19 speziell für die Gruppe der Drogenkonsumierenden wurden von der Deutschen AIDS-Hilfe zur Verfügung gestellt, niedrigschwellige Impfangebote konnten wohnungslosen Menschen von der Stadt Hamm in Kooperation mit allen Trägern der Wohnungsnotfallhilfe im Drogenhilfezentrum unterbreitet und fast 180 Impfungen durchgeführt werden.

Psychiatrische Versorgung

Studien belegen, dass wohnungslose Menschen viel häufiger von psychischen Erkrankungen betroffen sind als die Allgemeinbevölkerung (Greifenhagen & Fichter, 1996; Bäuml et al., 2017). Vielfach bestehen die Erkrankungen schon vor dem Eintritt der Wohnungslosigkeit und scheinen damit eine der Ursachen für Wohnungslosigkeit zu sein (Schwarzer, 2020). Suchterkrankungen, Psychosen und affektive Störungen sind die häufigsten Diagnosen (Schreiter et al., 2020).

Diese Erkrankungen werden in den Zeiten der Wohnungslosigkeit nicht oder nicht adäquat behandelt – das Gegenteil können wir erleben: die Wohnungslosigkeit scheint die Erkrankungen zu intensivieren. Suchtmittel verwandeln sich für wohnungslose Menschen in multifunktionaler Weise zu Überlebensmitteln:

„zeitweilig als Nahrungsersatz und als Schlafmittel, als Medizin gegen körperliche Schmerzen, als Wärmespender in der kalten Jahreszeit, als Ersatz für fehlende soziale Bindungen, zur Aufrechterhaltung und Stärkung des Gruppengefühls und der Gruppenhomogenität (...), als Droge zur Minderung der psychischen Sensibilität, um Gefühle der Ohnmacht und Hoffnungslosigkeit zu betäuben oder um schmerzhafteste Erinnerungen an frühere, bessere Zeiten zu verdrängen, und ebenso zur Immunisierung gegenüber Diskriminierungen, die die allein stehenden Obdachlosen hautnah zu spüren bekommen. Denn sie sind (anders als die übrigen Wohnungslosen und Armen) infolge ihrer öffentlichen Präsenz Diskriminierungen unmittelbar ausgesetzt.“ (Henkel, 1998)

Neben der Suchterkrankung zeigen wohnungslose Menschen eine Vernachlässigung und Beeinträchtigungen in körperlichen, kognitiven, sozialen und emotionalen Bereichen, zum anderen aber auch Auffälligkeiten im Verhalten wie Ängste, Depression, Rückzug, Selbstwertprobleme, Aggressivität, Unruhe, Konzentrationschwächen, Dauerinfektionen, chronische Erkrankungen und Mangelkrankungen (Lutz, 2017). Trotz der Erkrankungen suchen die Betroffenen die niedrigschwelligen Einrichtungen auf und leben in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe und suchen nicht primär den Kontakt zu medizinischen bzw. psychiatrischen Einrichtungen. Entsprechend wurden im Drogenhilfezentrum schon seit vielen Jahren psychiatrische Sprechstunden organisiert: über einen Psychiater und Substitutionsarzt aus Münster, über den Amtspsychiater des Gesundheitsamtes der Stadt Hamm oder ei-

nen Psychiater der lokalen Psychiatrie des St. Marien-Hospitals Hamm und der Fachklinik Release der Netzwerk-Suchthilfe in Herbern-Ascheberg.

„Chronisch Suchtkranke in der Wohnungslosigkeit verursachen in der Regel immer wieder neue Krisensituationen. In diesen Krisen, die meist mit gesteigertem Suchtmittelkonsum verbunden sind, werden erreichte Ziele wie Wohnraum, soziale Kontakte außerhalb der Konsumentenszene oder Beschäftigung oft gefährdet. Insofern hat ein gut vorbereitetes Krisenmanagement eine herausragende Bedeutung.“ (Reker, 2017)

Nach Reker sollten dieses Krisenmanagement und das dafür notwendige Case-Management zur Klärung des sozialen und des medizinisch-psychologischen Hilfebedarfes auf zwei Personen von zwei Institutionen verteilt werden, die sich zu einer guten Zusammenarbeit verpflichten. Insbesondere betont er die wichtige Funktion der Psychiatrie mit regionalem Versorgungsauftrag:

„Da in den Krisen übermäßiger Substanzkonsum und selbst- wie fremdgefährdendes Verhalten oft eine große Rolle spielen, braucht es im Hilfesystem einen verlässlich verfügbaren, schnell erreichbaren sicheren Ort.“ (ebd.)

Um den Zugang zur psychiatrischen Versorgung zu verbessern und bestehende bürokratische und institutionelle Barrieren zu verändern, wurde im Drogenhilfezentrum in Hamm in Kooperation mit der Psychiatrie des St. Marien-Hospitals Hamm im Jahr 2021 ein Pilot-Projekt gestartet: ein Psychiater und/oder Mitarbeitende des Sozialdienstes der Psychiatrie bieten wöchentlich Sprechstunden an. Kurzfristig können Personen diese Beratung in Anspruch nehmen. Gleichzeitig können Fallbesprechungen durchgeführt werden, ein „lockerer“ Kontakt im Café aufgenommen werden, um Hilfen der Psychiatrie vorzustellen, Szenebesuche in einem Tandemteam von Mitarbeiter:innen der Psychiatrie und des Drogenhilfezentrums durchgeführt und Besuche des Wohnprojektes „Zimmer mit Zukunft“ organisiert werden. Durch die vielfältigen Begegnungen der Betroffenen mit dem Personal der psychiatrischen Klinik werden Schwellen abgebaut. Die „Gesichter“ tauchen immer wieder im Leben der Erkrankten auf und bieten dadurch einen niedrigschwelligen und vertrauensvollen Zugang zu psychiatrischen Hilfen und eine Begleitung der chronischen Erkrankungen an. Wie sich dieses Projekt entwickeln wird, kann nur längerfristig überprüft werden, da schnelle

kurzfristige Effekte auf langjährige Krankheitsverläufe nicht zwingend zu erwarten sind. Bereits 1998 resümierten Pörksen und Wessel:

„Aus gemeindepsychiatrischer Perspektive benötigen aber gerade die schwerst Abhängigkeitskranken mit sozialen Desintegrations- und Armutsproblemen die beste und differenzierteste Hilfe. Der übliche Grundsatz „Investieren, wo es sich lohnt“ muss auf den Kopf gestellt werden in „Investieren, wo es am nötigsten ist.“ (Pörksen & Wessel, 1998)

Zimmer mit Zukunft

„Endlich ein Zuhause!“ Das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW unter Leitung des Gesundheitsministers Karl-Josef Laumann hat unter diesem Titel eine Landesinitiative zur Bekämpfung von Wohnungslosigkeit gestartet (MAGS, 2021a). Zu diesem Zweck wurden die finanziellen Mittel erheblich aufgestockt: von noch 1.85 Millionen Euro im Jahr 2018 auf 7.1 Millionen Euro im Jahr 2020. Hier scheint der Grundsatz „Investieren, wo es am nötigsten ist“ eine politische Umsetzung zu finden. In vielen Städten und Landkreisen werden gezielt Projekte der aufsuchenden Arbeit gefördert, die sich um suchtkranke, wohnungslose Menschen kümmern. Minister Laumann: *„Wer suchtkrank ist und auf der Straße lebt, braucht besondere Hilfen“* (MAGS, 2021b), und an anderer Stelle:

„Jeder zweite obdachlose Mensch ist suchtkrank, und die Coronakrise hat Menschen ohne Wohnung zusätzlich hart getroffen. Sucht ist eine Krankheit, die neben gesundheitlichen auch viele soziale Probleme nach sich zieht. Deshalb ist es wichtig, dass wir gezielt auf diese Menschen zugehen und ihnen passgenaue Beratung und Hilfe anbieten.“ (ebd.)

Wohl selten wurde ein Hilfebedarf für eine von Not betroffene Gruppe unserer Gesellschaft so genau erkannt und neue pragmatische Hilfen finanziell so ausgestattet, wie durch diese Landesinitiative.

Im März 2020 konnte ein Projektantrag beim Ministerium eingereicht werden und bereits im Juni 2020 wurde diesem zugestimmt. Das neu geschaffene Projekt „Zimmer mit Zukunft“ ist eine Kooperation mit einem privaten Vermieter, der eine Immobilie Mitte des Jahres 2020 erworben hat und der seine Bereitschaft erklärt hat, diese an suchtkranke, wohnungslose Menschen zu vermieten, wenn diese vor Ort betreut werden. Im Haus wurde ein Büro einge-

richtet, so dass Berater:innen präsent sein und die Wohnangelegenheiten der Bewohner:innen klären können. Ein Vierteljahr später konnte dank Unterstützung des Landes NRW eine Projektleiterin eingestellt werden. Ein Projektbeirat konnte beworben und mit vielen Entscheidungsträgern und Kooperationspartnern besetzt werden: Leiter des Amtes für Wohnen, Pflege und Soziales der Stadt Hamm, Bereichsleiter der Perthes-Stiftung e.V., Klinikleiter der Psychiatrie des St.-Marien-Hospitals, Geschäftsführerin der Marianne-von-Weizsäcker-Stiftung, eine gesetzliche Betreuerin vom Betreuungsbüro Hamm, der ehemalige Leiter der Koordinationsstelle Sucht beim Landschaftsverband Westfalen-Lippe und der Inhaber der Immobilie. Eine Kooperation hat bereits der ärztliche Beauftragte für Menschen mit Beeinträchtigungen der Zahnärztekammer zugesagt. Bereits jetzt gibt es eine Warteliste für das Projekt. Erste Mietverträge und Einzüge konnten bereits einen Monat nach der Stellenbesetzung realisiert werden. Es stehen insgesamt für acht Menschen teilmöblierte Zimmer in drei Wohngemeinschaften im Haus zur Verfügung. Im Erdgeschoss stehen zwei Zimmer für Menschen mit Gehbehinderungen, in der ersten Etage drei für Männer und im Dachgeschoss drei Zimmer für eine Frauenwohngemeinschaft zur Verfügung. Das Wohnprojekt richtet sich an wohnungslose, suchtkranke Menschen. Die Interessent:innen sind alle schon viele Monate, teilweise mehrere Jahre wohnungslos und haben vielfältige gesundheitliche, psychische und/oder soziale Probleme. Das Büro des Projektes soll allen kooperierenden Einrichtungen zur Verfügung stehen, damit die Hilfen intensiviert werden können: Pflegedienste, Ärzte (Haus-, Substitutions-, Zahn-, Fachärzte, Psychiater), Bewährungshilfe, gesetzliche Betreuer, Mitarbeiter der Wohnungsnotfallhilfe, Betreuer vom Ambulant Betreuten Wohnen, Angehörige, Nachbarn. Zunächst startet das Projekt mit eigenen Mietverträgen und einer von allen Beteiligten verabschiedeten Hausordnung. Über die Projektzeit hinaus wird eine Verstetigung und Umwandlung in eine Wohneinrichtung in Anlehnung an Wohnformen wie „Pension Plus“ z. B. in Münster, Bielefeld und Dortmund möglicherweise anvisiert. Die Projektleiterin ist zunächst in Kooperation mit dem Drogenhilfenzentrum in der aufsuchenden Arbeit tätig, um Menschen vor Ort in ihrem Lebensumfeld aufzusuchen, Kontakte zu knüpfen, Hilfeangebote und auch das Projekt „Zimmer mit Zukunft“ vorzustellen.

Mit dem neuen Projekt geht die Suchthilfe in Hamm nach Gründung einer stationären sozialtherapeutischen Wohneinrichtung, einer

Außenwohngruppe und zweier Wohngemeinschaften im Ambulant Betreuten Wohnen einen weiteren Schritt in Richtung einer Kombination aus Hilfeangebot und Wohnraumvermietung (-verwaltung) und zwar einen Schritt in Richtung auf ein maximal niedrigschwelliges Hilfeangebot zu, um die zu erreichen, die auf dem Wohnungsmarkt aktuell gar keine Chance mehr haben und auf der Straße leben (Krause, 2021).

Fazit

Wohnungslosigkeit scheint der gravierendste und existentiell bedrohlichste Aspekt von Armut für alle Lebensbereiche des Menschen zu sein: für Körper und Gesundheit, für Arbeit und Beruf, für die materielle Sicherheit und für die Teilhabe am sozialen, kulturellen und spirituellen Leben. Nicht nur das Grundrecht auf ein menschenwürdiges Leben ist in höchstem Maße in Gefahr, sondern das Leben selbst.

Niedrigschwellige Hilfen und insbesondere auch die niedrigschwelligen Hilfen und Einrichtungen der Suchthilfe scheinen eine adäquate Antwort geben zu können. Hilfe kann nur anbieten, wer den Kontakt zu den Betroffenen hat und nur auf Basis des von diesen Menschen geschenkten Vertrauens kann diese Hilfe angenommen werden. Niedrigschwellige Suchthilfe hat sich auf dem Fundament eines ethischen Konzeptes, das sich der Menschenwürde und der Selbstbestimmung verpflichtet (akzept e.V. & Deutsche AIDS-Hilfe, 2021), zu einer anpassungsfähigen, flexiblen, bedürfnisorientierten und milieuangemessenen Methode entwickelt, um Menschen mit unterschiedlichsten Problemen Hilfestellungen geben zu können. Insbesondere bieten die niedrigschwelligen Einrichtungen Menschen in besonders massiven und lebensbedrohlichen Notlagen Unterstützung an, die diese nachweislich annehmen. Diese überlebenssichernden Hilfen müssen Priorität erhalten und deutlich ausgebaut werden.

„In einer gesellschaftlichen Realität, in der Menschen aufgrund einer schweren Abhängigkeits-erkrankung sterben, weil sie keine adäquate Hilfe bekommen, oder weil die Ressourcen, diese Hilfe zu leisten, ausgeschöpft sind, erhalten überlebenssichernde Hilfen eine besondere Priorität. Der Herstellung der Chancengleichheit kommt damit eine fast schon existentielle Bedeutung zu.“ (Pörksen & Wessel, 1999)

Für wohnungslose Menschen sind Streetwork-Projekte und niedrigschwellige Anlaufstellen mit Aufenthaltsmöglichkeiten der Mittelpunkt

der möglichen weiteren Hilfen: Überlebenshilfe (Essen, Wäsche waschen, Kleiderkammer, Dusche), suchtspezifische Hilfen (Spritzentausch, Safer-Use-Angebote, Konsumraum, Substitutions- und Originalstoffbehandlung), Vermittlung in weiterführende Hilfen, medizinische/psychiatrische Beratung, Sozialberatung (inklusive Geldverwaltung), Rechtsberatung, Schuldnerberatung, Wohnraumvermittlung und -beratung, Notschlafstellen, niedrigschwellige Wohnformen. Diese Hilfen helfen, wo es am nötigsten ist, und hier gilt es zu investieren.

„Eine Bewertung der Rehabilitations- und Integrationschancen von Abhängigkeitskranken mit massiven Armutproblemen zeigt, dass vor allem gemeindenah organisierte Hilfeansätze mit verbindlich geregelter Fallverantwortung und niedrigschwelliger Zugangsvoraussetzung rehabilitativ wirksam sind.“ (Pörksen & Wessel, 1998).

Das Problem der Armut, aber insbesondere das existentiell bedrohliche Problem der Wohnungslosigkeit muss in der Ausrichtung der niedrigschwelligen Einrichtungen der Suchthilfe deutlich klarer verankert werden, da ein menschenwürdiges Leben mit Sucht möglich ist, nicht aber bei gleichzeitiger Wohnungslosigkeit. Das Recht auf Wohnen, also ein Wohnrecht, ist ein klares Menschenrecht und ermöglicht erst ein menschenwürdiges Leben. Eine Verpflichtung der zuständigen behördlichen Institutionen zur vorrangigen Unterbringung von Menschen ohne Wohnraum in geeigneten und angemessenen Wohnraum muss zur gemeinsamen Forderung aller Sozial- und Fachverbände werden.

Die Problematik der Wohnungslosigkeit ist das gesellschaftliche Problem unserer Zeit. Die Fachverbände sind von der drängenden Not aufgerufen, zu überprüfen, ob sie auf die Problematik ausreichend reagieren können. Die Fachverbände der Schuldnerberatung müssen überprüfen, ob sie tatsächlich noch Kontakt zu wohnungslosen Menschen herstellen können und ob hier aufgrund einer zunehmenden Spezialisierung zur Insolvenzberatung und einer abnehmenden Zuständigkeit für Sozialberatung eine hoch fachliche Kompetenz der ärmsten Bevölkerungsgruppe unseres Landes vorenthalten wird. Die niedrigschwellige Suchthilfe zeichnet sich aufgrund der deutlich veränderten Ausrichtung von Hilfeangeboten seit den 1980er Jahren insbesondere dadurch aus, dass sie Menschen bedürfnisorientiert hilft und durch die Nähe zur Klientel immer neue Formen der Hilfe entwickeln kann. Hier stellen

sich Fragen nach der fachlichen Qualifizierung insbesondere für sozialarbeiterische Hilfen zur Existenzsicherung und nach dem Selbstverständnis der Zuständigkeiten bei suchtbegleitenden Problemen (z. B. Wohnungslosigkeit oder finanziellen Problemen).

Im Verbund mit den Verbänden und Einrichtungen der Schuldnerberatung und Suchthilfe kann die Stimme der Wohnungslosenhilfe in Deutschland ein deutlich stärkeres sozialpolitisches Gewicht bekommen, um lokale, aber auch überregionale Strukturen zu verändern, um alle notwendigen Partner:innen (Behörden, Politik, Immobilienwirtschaft) zur Abschaffung von Obdachlosigkeit und Wohnungslosigkeit zu einer gemeinsamen Initiative zu bewegen und ein Wohnrecht und seine praktische Umsetzung zu realisieren.

Literatur

- Akzept Bundesverband & Deutsche AIDS-Hilfe. (2021). *Leitbild akzeptierende Drogenarbeit*. Berlin.
- Arbeitskreis für Jugendhilfe e.V. (2020). *Chronik 1970–2020*. Hamm.
- BAG W. (2019). *Zahl der Wohnungslosen. Wohnungslosigkeit: Kein Ende in Sicht*. Berlin: Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe. www.bagw.de/de/themen/zahl-der-wohnungslosen/index.html – abgerufen am 17.09.2021.
- BAG W. (2021). Verhältnis der Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten gem. §§ 67 ff. Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) zu den Leistungen der Rehabilitation und Teilhabe für Menschen mit Behinderungen nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX). *Wohnungslos – Aktuelles aus Theorie und Praxis zur Armut und Wohnungslosigkeit*, 2, 62–65.
- BAG W. (2021a). Gemeinsam mehr erreichen. Empfehlungen zur vernetzten Zusammenarbeit SGB II/SGB XII zur sozialen Teilhabe und Arbeitsmarktintegration von Menschen in Wohnungsnot und sozialen Schwierigkeiten. *Wohnungslos – Aktuelles aus Theorie und Praxis zur Armut und Wohnungslosigkeit*, 2, 65–74.
- Bäumel, J., Börner, M., Bauer, B., Pitschel-Walz, G. & Jahn, T. (2017). *Die SEEWOLF-Studie. Seelische Erkrankungen in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe im Großraum München*. Freiburg i. Br.: Lambertus.
- FDR. (2005). *Mindeststandards der ambulanten Suchthilfe. Vorschläge des Fachverbandes Drogen und Rauschmittel e.V. zu den Arbeitsgrundlagen von ambulanten Hilfen für Suchtkranke*. Hannover: Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V.

- Greifenhagen, A. & Fichter, M. (1996). Psychische Erkrankungen bei alleinstehenden, wohnungslosen Frauen. In T. Bock, D. Buck, J. Gross, E. Maß, E. Sorel & E. Wolpert (Hrsg.), *Abschied von Babylon. Verständigung über Grenzen in der Psychiatrie* (S. 130–136). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Henkel, D. (1998). „Die Trunksucht ist die Mutter der Armut“ – zum immer wieder fehlgedeuteten Zusammenhang von Alkohol und Armut in Deutschland vom Beginn des 19. Jahrhunderts bis zur Gegenwart. In D. Henkel & I. Vogt (Hrsg.), *Sucht und Armut. Alkohol, Tabak, Medikamente, illegale Drogen* (S. 13–79). Opladen: Leske & Budrich.
- Klee, J. (1994). Das Elend soll weg von der Straße... – Fixerräume in Deutschland. In J. Klee & H. Stöver (Hrsg.), *Drogen und AIDS. Beratungsführer* (S. 110–133). Berlin: Deutsche A.I.D.S.-Hilfe.
- Krause, J. (1996). Armut von KonsumentInnen illegaler Drogen – Akzeptierende Drogenarbeit. In B. Bauer, P. Engelhardt & M. J. Rainer (Hrsg.), *Armut und soziale Arbeit. Erfahrungen, Perspektiven und Methoden im internationalen Kontext. Interdisziplinäre Arbeitsschrift zum 60. Geburtstag von Gregor Sauerwald* (S. 265–271). Münster: LIT.
- Krause, J. (2019). Erfolgreiche Schuldnerberatung in der Suchthilfe. Das Beispiel Drogenhilfenzentrum Hamm. *BAG-SB Informationen – Die Fachzeitschrift für Schuldnerberatung*, 2, 93–96.
- Krause, J. (2021). Für Elise – Wohnungsnotfallhilfe im Drogenhilfenzentrum Hamm. *Wohnungslos – Aktuelles aus Theorie und Praxis zur Armut und Wohnungslosigkeit*, 2, 50–54.
- Lutz, R. (2017). Wohnungslosigkeit als extreme Form sozialer Erschöpfung. *Soziale Psychiatrie*, 1, 8–11.
- MAGS NRW. (2021). *Integrierte Wohnungsnotfall-Berichterstattung 2020 in Nordrhein-Westfalen. Struktur und Umfang von Wohnungsnotfällen*. Düsseldorf: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen.
- MAGS NRW. (2021a). *Endlich ein ZUHAUSE! Landesinitiative gegen Wohnungslosigkeit*. Düsseldorf: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen. www.mags.nrw/endlich-ein-zuhause – abgerufen am 17.09.2021.
- MAGS NRW. (2021b). *Endlich ein ZUHAUSE! Landesinitiative gegen Wohnungslosigkeit. Pressemitteilung vom 17.06.2020*. Düsseldorf: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen. www.mags.nrw/pressemitteilung/minister-laumann-wer-suchtkrank-ist-und-auf-der-strasse-lebt-braucht-besondere – abgerufen am 17.09.2021.
- Marianne-von-Weizsäcker-Stiftung. (2021). www.weizsaecker-stiftung.de/ – abgerufen am 23.09.2021.
- Möhler-Stiftung. (2021). www.moehler-stiftung-stuttgart.de/engagement-fuer-obdachlose.html – abgerufen am 23.09.2021.
- Pörksen, N. & Wessel, T. (1998). Die Versorgung Abhängigkeitskranker mit Armutsproblemen in psychiatrischen Krankenhäusern. In D. Henkel & I. Vogt (Hrsg.), *Sucht und Armut. Alkohol, Tabak, Medikamente, illegale Drogen* (S. 81–100). Opladen: Leske & Budrich.
- Reker, M. (2017). Es muss ein gemeinsam getragenes Konzept geben. Zur Kooperation von Psychiatrie, Sucht- und Wohnungslosenhilfe. *Soziale Psychiatrie*, 1, 16–19.
- Schreiter, S., Gutwinski, S. & Rössler W. (2020). Wohnungslosigkeit und seelische Erkrankungen. *Der Nervenarzt*, 11, 1025–1031.
- Schwarzer, W. (2020). *Psychisch erkrankte Menschen in den stationären Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe*. Vortrag vom 22.10.2020, BAG W Online-Konferenz. www.bagw.de/fileadmin/bagw/media/Doc/TGD/TGD_20_Stationaere_Hilfen_Schwarzer.pdf – abgerufen am 17.09.2021.
- SFZ. (2021). www.sfz.uni-mainz.de/schuldnerberatung-in-der-suchtkrankenhilfe/ – abgerufen am 24.09.2021.
- Statistisches Bundesamt. (2021). *Hauptauslöser der Überschuldung in % für die Jahre 2010 bis 2020*. www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Einkommen-Konsum-Lebensbedingungen/Vermoeigen-Schulden/Tabellen/ueberschuldung.html – abgerufen am 28.06.2021.
- Stephan-Kommission. (2021). www.stephan-kommission.de/hintergrund/praxisberichte/pi_lotprojekt-marianne-v-weizsaecker-stiftung/ – abgerufen am 23.09.2021.
- ZKA. (2021). www.zentraler-kreditausschuss.de/empfehlung-jedermann-konto/ – abgerufen am 12.11.2021).



Josch Krause

Diplom-Sozialpädagoge, Sucht- und Schuldnerberater, seit 1994 in der niedrigschwelligen Drogenarbeit tätig, seit 1996 beim AKJ e.V. in Hamm, Lehrbeauftragter an der SRH Hochschule in NRW, Referent der LWL-Koordinationsstelle Sucht, Yoga-Lehrer
jkrause@akj-hamm.de