

Handbuch **Wohnungslosenhilfe**

*Entstanden im Zuge des Projektseminars „Zwischen und neben der Gesellschaft -
Wohnungslosigkeit und psychische Erkrankungen in Berlin“
ASH Berlin April 2016 bis Februar 2018*

Inhaltsverzeichnis

Handbuch Wohnungslosenhilfe

1 Einleitung	03
Definition Wohnungsnotfälle und Wohnungslosigkeit	04
2 Beiträge	
<i>Wohnungslosigkeit und Problemlagen</i>	
· Wohnungsnotfallstatistik	06
· Problemlagen wohnungsloser Menschen	08
<i>Gesetzliche Grundlagen</i>	
· Gesetzliche Grundlagen: § 53 und § 67 SGB XII	11
<i>Hilfesystem, Ansätze und Konzepte</i>	
· Hilfesystem	18
· ASOG Unterbringung	21
· Niedrigschwelligkeit	22
· Hilfeapp für von Armut betroffene Menschen	23
· Wohnfähigkeit und Housing First	24
<i>Besondere Zielgruppen</i>	
· Wohnungslose Frauen mit Gewalterfahrungen	27
· Hilfen für Junge Wohnungslose	31
· Migrant_innen in der Wohnungslosenhilfe	32
Sonstiges	
· Sucht	34
<i>Psychiatrie und Antipsychiatrie</i>	
· Psychiatrische Grundlagen	36
· Antipsychiatrie	39
· Weglaufhaus „Villa Stöckle“	45
3 Glossar	
· Definitionen der Fachbegriffe	46

Einleitung

Wohnungslose Menschen werden von der Gesellschaft oft nicht wahrgenommen. Sie stehen abseits der Gesellschaft und erleben mit dem Wohnraumverlust meist Ausgrenzung und den Verlust von Teilhabemöglichkeiten. Die Wohnungslosenhilfe versucht diese Menschen zu erreichen und ihnen Teilhabe wieder zu ermöglichen. Wohnungslosigkeit betrifft nicht nur eine bestimmte Personengruppe, Berufs- oder Bildungsschicht. In der Gesellschaft gibt es wenig Bewusstsein über die multiplen Problemlagen der von Wohnungslosigkeit oder von Wohnungsverlust bedrohten Menschen.

Mit welchen Problemen sind beispielsweise wohnungslose Frauen oder Transpersonen oder auch junge Wohnungslose konfrontiert? Wenig bekannt ist fernerhin die Häufigkeit von psychischen Erkrankungen, von denen wohnungslose Menschen betroffen sein können. Was bedeutet dies für die Soziale Arbeit und das Hilfesystem? Sind Wohnungslosigkeit und psychische Erkrankungen immer getrennt von einander zu betrachten? Oder ist gerade diese Trennung sowohl des Hilfesystems, als auch in Betrachtung und Verständnis in der Fachdiskussion für die betroffenen Menschen nicht hilfreich. Nicht alle wohnungslosen Menschen leben auf der Straße, viele leben verdeckt wohnungslos bei Freunden, Bekannten oder Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe. Aus Scham werden Hilfeangebote oft nicht aufgesucht oder erst sehr spät.

Es gibt nicht die eine Ursache, weshalb Menschen ihren Wohnraum verlieren. Meist kommen verschiedene ursächliche Komponenten und Auslöser zusammen und können dazu führen, dass ein Mensch seine Wohnung verliert und damit ein elementares Grundbedürfnis nach einem Rückzugsort und Schutz. In seltenen Fällen ist die Wohnungslosigkeit selbst gewählt.

Das folgende Handbuch ist im Rahmen des Projektseminars *„Zwischen und neben der Gesellschaft – Wohnungslosigkeit und psychische Erkrankungen in Berlin“* an der Alice Salomon Hochschule entstanden. Im Seminar haben wir uns mit den Themen Wohnungslosigkeit, Wohnungslosenhilfe vor allem in Berlin und dem Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen auseinandergesetzt. Mit den verschiedenen Perspektiven von Betroffenen und Expert_innen. Die einzelnen Texte sind aus den Schwerpunkten und Auseinandersetzungen im Seminar entstanden. Wichtige Fachbegriffe sind am Ende des Handbuches unter Definitionen zu finden und innerhalb der Texte unterstrichen und somit als eine Art „Link“ markiert.

Vielen Dank an alle und an die Dozent_innen Susanne Gerull, Ekkehard Hayner und Marie-Therese Reichenbach. *Berlin, Februar 2018*

Diesem Handbuch liegt folgende Definition der BAG Wohnungslosenhilfe e. V. zugrunde.

Definition Wohnungsnotfälle und Wohnungslosigkeit

Eine Person ist ein **Wohnungsnotfall**, wenn sie

- wohnungslos oder
- von Wohnungslosigkeit bedroht ist oder
- in unzumutbaren Wohnverhältnissen lebt

Wohnungslos ist, wer nicht über einen mietvertraglich abgesicherten Wohnraum verfügt.

Aktuell von Wohnungslosigkeit betroffen sind danach Personen,

- im ordnungsrechtlichen Sektor
 - die aufgrund ordnungsrechtlicher Maßnahmen ohne Mietvertrag, d. h. lediglich mit Nutzungsverträgen in Wohnraum eingewiesen oder in Notunterkünften untergebracht werden
- im sozialhilferechtlichen Sektor
 - die ohne Mietvertrag untergebracht sind, wobei die Kosten nach Sozialgesetzbuch XII und/oder SGB II übernommen werden
 - die sich in Heimen, Anstalten, Notübernachtungen, Asylen, Frauenhäusern aufhalten, weil keine Wohnung zur Verfügung steht
 - die als Selbstzahler in Billigpensionen leben
 - die bei Verwandten, Freunden und Bekannten vorübergehend unterkommen
 - die ohne jegliche Unterkunft sind, "Platte machen"
- im Zuwanderersektor
 - Aussiedler, die noch keinen Mietwohnraum finden können und in Aussiedlerunterkünften untergebracht sind

Anerkannte Asylbewerber in Notunterkünften zählen im Sinne der Definition zwar zu den Wohnungsnotfällen, werden aber bei den Wohnungslosenzahlen im engeren Sinne nicht berücksichtigt.

Von Wohnungslosigkeit bedroht ist

- wem der Verlust der derzeitigen Wohnung unmittelbar bevorsteht wegen Kündigung des Vermieters/der Vermieterin, einer Räumungsklage (auch mit nicht vollstrecktem Räumungstitel) oder einer Zwangsräumung

- wem der Verlust der derzeitigen Wohnung aus sonstigen zwingenden Gründen unmittelbar bevorsteht (z. B. aufgrund von eskalierten sozialen Konflikten, Gewalt geprägten Lebensumständen oder wegen Abbruch des Hauses)

Unzumutbare Wohnverhältnissen bestehen

- in Schlicht- und anderen Substandardwohnungen, in die Wohnungsnotfälle zur Vermeidung von Obdachlosigkeit mit regulärem Mietvertrag untergebracht wurden
- in außergewöhnlich beengtem Wohnraum (nach Haushaltsgröße gestaffelte flächen- oder raummäßige Unterversorgung: bei Einpersonenhaushalten Unterschreitung der Mindestwohnfläche von 20 qm; bei Zweipersonenhaushalten von 29 qm oder alternativ: zwei Personen in Ein-Raum-Wohnung; bei Drei- und Mehrpersonenhaushalten: zwei und mehr Personen mehr als zur Verfügung stehende Wohnräume, die Küche nicht mitgerechnet)
- in Wohnungen mit völlig unzureichender Ausstattung (z.B. Fehlen von Bad/Dusche oder WC in der Wohnung)
- in baulich unzumutbaren bzw. gesundheitsgefährdenden Wohnungen (entsprechend den einschlägigen baurechtlichen Bestimmungen)
- mit Niedrigeinkommen und überhöhter Mietbelastung (zu berechnen oberhalb der Grenzen von Mindestsicherung unter Berücksichtigung des Entlastungseffektes durch das Wohngeld)
- aufgrund von gesundheitlichen und sozialen Notlagen
- in konfliktbeladenen und Gewalt geprägten Lebensumständen

Quelle:

BAG Wohnungslosenhilfe e. V. (2010): *Wohnungsnotfalldefinition der BAG Wohnungslosenhilfe e. V.*, verabschiedet vom Vorstand der BAG W am 23.04.2010. www.bagw.de/media/doc/POS_10_BAGW_Wohnungsnotfalldefintion.pdf (05.2.2018)

Wohnungsnotfallstatistik

In Praxis, Wissenschaft und auch Teilen der Politik ist unstrittig, dass für die Entwicklung bzw. Weiterentwicklung einer effektiven Wohnungsnotfallhilfe belastbare Daten über akut wohnungslose und von Wohnungslosigkeit bedrohte Menschen erforderlich sind. In immer mehr europäischen Ländern existieren nationale und/ oder regionale Strategien zur Überwindung bzw. Prävention von Wohnungslosigkeit, die auf entsprechenden Statistiken beruhen. So zählt Finnland seit 1987 jährlich und Dänemark seit 2007 alle zwei Jahre seine Wohnungslosen (vgl. Busch-Geertsema u. a. 2014). Finnland, als best practice international anerkannt, hat auf Grundlage seiner Datenerhebungen umfassende Programme u. a. für eine Verbesserung der Prävention sowie die Reduzierung von akuter Wohnungslosigkeit geschaffen, die auch finanziell entsprechend ausgestattet sind (vgl. FEANTSA 2016).

In Deutschland wurde bisher keine bundesweite Wohnungsnotfallstatistik eingeführt. Mehrere Initiativen, zuletzt auf Antrag von Bündnis 90/Die Grünen im Bundestag (BT-Drucksache 18/7547), scheiterten im Bundestag (vgl. BAG W 2016). Als Grund wurde neben Umsetzungsschwierigkeiten auf die Zuständigkeit der Bundesländer verwiesen. Dabei wurde Deutschland bereits 2011 wegen fehlender Statistik vom UN-Ausschuss gerügt mit der Aufforderung, entsprechende Daten vorzulegen (vgl. Krämer 2016: 66). Aus dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) ist seit einiger Zeit zu hören (zuletzt bei der Bundestagung der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. - BAG W - in Berlin 2017), dass nun doch über die Einführung einer bundeseinheitlichen Statistik gesprochen wird. Offiziell gibt es hierzu noch keine Verlautbarungen. Eine Einführung wird jedoch von der zukünftigen Regierung im Bund abhängen, die zz. (Stand 1/18) noch nicht gebildet wurde.

In mehreren Bundesländern existieren bereits Wohnungsnotfallstatistiken, in Nordrhein-Westfalen sogar schon seit 1969. Diese wurde 2011 neu etabliert (MAIS 2016: 7) und galt anderen Bundesländern wie Bayern und Baden-Württemberg als Grundlage für die Entwicklung eigener Statistiken. In Berlin wurde erstmalig im Koalitionsvertrag der seit 2016 regierenden Koalition aus SPD, LINKE und Bündnis 90/Die Grünen die Einführung einer Statistik beschlossen. Seit der 1. Gesamtstädtischen Strategiekonferenz der Berliner Wohnungslosenhilfe am 10.01.2018 existiert eine Arbeitsgruppe, die bis zur geplanten 2. Strategiekonferenz im Herbst 2018 erste Eckpunkte vorlegen soll.

Die Notwendigkeit von Wohnungsnotfallstatistiken ist also nicht strittig, sondern Zuständigkeiten sowie Umsetzungsschwierigkeiten werden debattiert. Allerdings hat bereits eine von der damaligen Bundesregierung in Auftrag gegebene Machbarkeitsstudie gezeigt, dass fast alle benötigten Daten erhoben werden könnten (König 1998). Für eine bundeseinheitliche Statistik spricht zudem, dass die bisherigen Daten aus den o. g. Bundesländern nicht vergleichbar sind: „Nur der Bund ist in der Lage,

für bundeseinheitliche und vergleichbare Statistiken im gesamten Bundesgebiet zu sorgen“ (BAG W 2016: 1). Marquardt (2015) betont zudem, dass Statistiken nicht nur ein wichtiges Instrument für die Entwicklung einer evidenzbasierten Politik sind, sondern auch ein Ziel, „in themselves already representing a success for specific understandings of homelessness“ (a. a. O.: 7).

Bis zur Einführung einer solchen Statistik bleiben nur die jährlichen Schätzungen der BAG W über das Ausmaß von Wohnungslosigkeit sowie deren nicht-repräsentative Statistikberichte und regionale Studien im Kontext von Wohnungsnotfällen über die Zusammensetzung und Problemlagen wohnungsloser und von Wohnungslosigkeit bedrohter Menschen.

Quellen:

BAG W: Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. (2016): *CDU/CSU-Fraktion lehnt Wohnungsnotfallstatistik weiterhin ab*. Pressemitteilung vom 19.02.2016. http://www.bagw.de/media/doc/PRM_2016_2_19_Wohnungsnotfallstatistik%20von%20CDU_CSU%20erneut%20abgelehnt.pdf (24.01.2018)

Busch-Geertsema, Volker/ Benjaminsen, Lars/ Filipovič Hrast, Maša/ Pleace, Nicholas (2014): *Extent and Profile of Homelessness in European Member States. EOH Comparative Studies on Homelessness*. Brüssel: EOH/FEANTSA

FEANTSA (2016): *Finnland. Homelessness Country Fiche 2016*. <http://www.feantsa.org/download/finland-cfsh-jan-2017-final7798353929600660403.pdf?force=true> (24.01.2018)

König, Christian (1998): *Machbarkeitsstudie zur statistischen Erfassung von Wohnungslosigkeit*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt

Krämer, Sigrid (2016): *Kinderrechte in der Wohnungsnotfallhilfe*. In: *wohnungslos*, Nr. 3/2016, S. 65-70

MAIS: Ministerium für Arbeit, Integration und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (2016): *Aktionsprogramm Hilfen in Wohnungsnotfällen. Maßnahmen zur Prävention und Bekämpfung von Wohnungslosigkeit*. Düsseldorf: MAIS

Marquardt, Nadine (2015): *Counting the countless: Statistics on homelessness and the spatial ontology of political numbers*. In: *Planning D Society and Space* 10/2015, DOI: 10.1177/0263775815611421

Jeanette Block

Problemlagen wohnungsloser Menschen

Es gibt eine Vielzahl von Einflussfaktoren, die zur Wohnungslosigkeit führen können. Als Hauptgründe sind Schulden, Trennung/Scheidung, Konflikte mit Mitbewohnern_innen bzw. Nachbarschaft, Abhängigkeitserkrankungen/Süchte in verschiedensten Formen, sowie psychiatrische Erkrankungen zu nennen. Arbeitslosigkeit über einen längeren Zeitraum stellt ein hohes Risiko zum Wohnungsnotfall zu werden dar.

Wohnungslose sind keine homogene Gruppe. So finden sich darunter Menschen aus seit Generationen marginalisierten und benachteiligten Familien genauso, wie ehemalige Professor_innen, Ärzt_innen, Facharbeiter_innen oder Künstler_innen. Entsprechend unterschiedlich sind die Ursachen und Auslöser für ihre Wohnungslosigkeit, sowie die Folgen aufgrund einer längeren Periode von Wohnungslosigkeit. Unterschieden werden muss in diesem Kontext zwischen Ursachen und Auslösern. So sind vor Eintritt in die Wohnungslosigkeit häufig schon massive Probleme vorhanden, die bei einem kritischen Lebensereignis wie Trennung, Arbeitsplatzverlust oder Diagnose einer lebensbedrohlichen Erkrankung dann am Ende eines langen Wegs zu einem Verlust der Wohnung oder Wohnmöglichkeit führen.

Die hier aufgeführten Zahlen basieren auf den Angaben der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin, dies mithilfe des „Integriertes Sozialprogramm“, kurz ISP genannt, eine Förderung von Maßnahmen und Projekten zur Sicherung und Weiterentwicklung der sozialen Infrastruktur im Land Berlin darstellen und als Bestandteil des am 16.12.2010 zwischen der Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales, der Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung und den Wohlfahrtsverbänden geschlossenen Rahmenfördervertrages arbeiten.

Aufgrund der Vielzahl an Ursachen, hier Problemlagen genant, wurde sich hier auf einige dieser eingeschränkt:

Geschlecht

Laut ISP suchten im Jahr 2015 12.558 Klientinnen und Klienten die an der Dokumentation beteiligten Einrichtungen auf. Davon waren 9.017 (71,9%) Männer und 3.527 (28,1%) Frauen. Frauen sind häufig in besonders schwierigen Lebenslagen stärker in der Persönlichkeit und die präventiven Angeboten, wie Beratungsstellen auf.

Alter

Auch in der Wohnungslosenhilfe ist Altersarmut ein großes Problem. So waren 2015 die Klientinnen und Klienten durchschnittlich 40,0 Jahre alt. Dabei lag das Durchschnittsalter der Männer bei 40,2 Jahre und das Durchschnittsalter der Frauen bei 39,4 Jahre.

Einkommenssituation

In fast allen Fällen ist die Einkommenssituation wohnungsloser Menschen prekär. Die meisten von ihnen haben Anspruch auf Arbeitslosengeld II oder Sozialhilfe und können diese Sozialleistungen auch ohne landeseinwohneramtliche Meldung beziehen, wenn ihre Erreichbarkeit durch eine Postadresse, beispielsweise bei einer Beratungsstelle, gesichert werden kann. Einige, vor allem psychisch kranke Wohnungslose sind dagegen nicht in der Lage, die Ansprüche der Ämter und Behörden für eine Antragstellung zu erfüllen. Aufgrund ihrer Erkrankung und den daraus resultierenden Einschränkungen sowie eventuell zusätzlich vorhandener sozialer Schwierigkeiten gelingt es ihnen oft nicht, professionelle Unterstützung zu nutzen. Laut ISP hatten 35,3 % 2015 bei Kontaktbeginn kein Einkommen, 37,1% erhielten Arbeitslosengeld II und 2,9% erhielten Sozialhilfe. Lediglich 6,9 % der Klientinnen und Klienten gingen einer Erwerbstätigkeit nach. Das sind 1,1 % weniger als im Vorjahr.

Staatsangehörigkeit

Die Anzahl der in den Projekten hilfeschuchenden EU-Bürger_innen verbleibt nach einem Anstieg um 5,3 Prozentpunkte in 2014 auf 26,1% auch in 2015 mit 26,2% auf dem gleichen Niveau. 41,4% (2014: 40,0%) der Klientinnen und Klienten kommen aus Familien mit Migrationshintergrund, davon sind es 41,8% Männer und 40,4% Frauen mit Migrationshintergrund. Der Anstieg der EU-Zuwanderung von EU-Bürger_innen ist auf dem hohen Niveau von 2014 verblieben. Die Zunahme konzentriert sich weiterhin bei den Notübernachtungen. Der Zugang von EU-Bürger_innen ohne Arbeitnehmerstatus in die Regelversorgungssysteme ist weiterhin stark eingeschränkt. Vor dem Hintergrund einer zunehmend restriktiveren Rechtsprechung ist der Zugang zu weiterführenden Leistungen – und damit alle Fragen zu einer Integration - noch schwieriger geworden. Die Anzahl der Flüchtlinge aus dem syrischen Kriegsgebiet ist deutlich geringer als die der EU-Zuwanderung, gleichwohl ist der Sprung ein deutlicher (2013: 8,8 %; 2014: 11,3 %; 2015: 12,7 %).

Abschließend wird auf eine qualitativ und quantitativ angelegten Studie zu wohnungslosen Menschen mit besonderen sozialen Schwierigkeiten hingewiesen, in der neben Arbeitslosigkeit, Suchtmittelmissbrauch und psychischen Erkrankungen auch überproportional niedrige Bildungsabschlüsse, Straffälligkeit, Gewalterfahrung sowie ein fehlendes soziales Netz als Problemlagen erfasst wurden. (vgl. Gerull/Merckens, 2012)

Quellen:

BAG W (2014): *Aufruf zu einer Nationalen Strategie zur Überwindung von Wohnungsnot und Armut in Deutschland*. Berlin

Gerull, Susanne/Merckens, Manfred (2012): *Erfolgskriterien in der Hilfe für Menschen mit besonderen sozialen Schwierigkeiten. Folgestudie: Aktenanalyse und Diskussion der Gesamtergebnisse*. Uckerland

Hayner, Ekkehard (2016): *Problemlagen. Einführung*, Power-Point-Präsentation vom 25.04.2016 im Seminar „Zwischen und neben der Gesellschaft - Wohnungslosigkeit und psychische Erkrankungen in Berlin“ an der ASH-Berlin

ISP Jahresbericht 2015: <http://www.berlin.de/sen/soziales/themen/vertraege/rahmenfoerdervertrag/> (aufgerufen am 03.01.2018)

Gesetzliche Grundlagen: § 53 und § 67 SGB XII

§ 67 ff. SGB XII: Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten

Als Teil der Sozialhilfe können die Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten nach §§ 67 ff. SGB XII für die Soziale Arbeit insbesondere in Hinblick auf (drohende) Wohnungslosigkeit, Suchterkrankungen sowie die Lebenssituation nach einer Haftstrafe von Bedeutung sein (vgl. AGJ 2014, S. 11-12).

a) Leistungsberechtigte

Nach § 67 SGB XII sind Personen leistungsberechtigt, die in „besonderen Lebensverhältnissen“ mit „sozialen Schwierigkeiten“ und dementsprechendem Unterstützungsbedarf leben (vgl. § 67 SGB XII). Die DVO¹ zum § 69 SGB XII² konkretisiert die persönlichen Voraussetzungen zur Hilfestellung sowie Art und Umfang der Maßnahmen nach § 68:

„Besondere Lebensverhältnisse bestehen bei fehlender oder nicht ausreichender Wohnung, bei ungesicherter wirtschaftlicher Lebensgrundlage, bei gewaltgeprägten Lebensumständen, bei Entlassung aus einer geschlossenen Einrichtung oder bei vergleichbaren nachteiligen Umständen. Besondere Lebensverhältnisse können ihre Ursachen in äußeren Umständen oder in der Person der Hilfesuchenden haben.“ (§ 1 Abs. 2 DVO)

„Besondere Lebensverhältnisse“ lassen sich nach Dubrow und Hayner (2011) demnach als Abweichung von „normalen“ Lebensverhältnissen, bspw. in Bezug auf das Erfüllen physiologischer Grundbedürfnisse (essen, schlafen, geschützter Wohnraum usw.), die Möglichkeit zur individuellen Selbsthilfe (durch Arbeit), das Verfügen über Geld zur monetären Bedürfnisbefriedigung sowie gesellschaftlicher Teilhabe usw. beschreiben (vgl. ebd., S. 4-5).

„Soziale Schwierigkeiten liegen vor, wenn ein Leben in der Gemeinschaft durch ausgrenzendes Verhalten des Hilfesuchenden [sic!] oder eines Dritten [sic!] wesentlich eingeschränkt ist, insbesondere im Zusammenhang mit der Erhaltung oder Beschaffung einer Wohnung, mit der Erlangung oder Sicherung eines Arbeitsplatzes, mit familiären oder anderen sozialen Beziehungen oder mit Straffälligkeit.“ (§ 1 Abs. 3 DVO)

¹ Verordnung zur Durchführung der Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten (DVO).

² Gemäß § 69 SGB XII (Stand: März 2015) dürfen Verordnungen zur „Abgrenzung des Personenkreises nach § 67 sowie über Art und Umfang der Maßnahmen nach § 68“ vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales mit Zustimmung des Bundesrates erlassen werden (vgl. ebd.).

„Soziale Schwierigkeiten“ sind folglich dann gegeben, wenn der/die Betroffene Schwierigkeiten hat, mit seiner sozialen Umwelt, bspw. in Paarbeziehungen, in sozialen Netzwerken wie Nachbarschaft, Gemeinde bzw. der Gesamtgesellschaft sowie in bürokratischen Institutionen, zu interagieren. Darüber hinaus ist neben dem Vorliegen von „besonderen Lebensverhältnissen“ und „sozialen Schwierigkeiten“ nur anspruchsberechtigt, wer über eine gewisse Zeit aus eigener Kraft nicht fähig ist, „den Hilfebedarf ohne fremde Hilfe zu beheben“ (Dubrow & Hayner 2011, S. 6). Bei *dauerhafter* Unfähigkeit zur Selbsthilfe kommt die Hilfe nach § 67 SGB XII nicht mehr in Betracht, sondern vielmehr andere Hilfen im Sinne der Eingliederung (vgl. ebd., S. 5 - 6).

b) Ziele der Hilfe

Gerull, Merckens und Dubrow (2009) zufolge sollen mittels der Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten *„die Hilfeempfänger/-innen gemessen an ihren persönlichen Potenzialen befähigt werden, defizitäre Lebenssituationen im Sinne der Überwindung selbst zu meistern, wenn dazu die notwendigen Selbsthilfekräfte und -möglichkeiten fehlen und keine sonstigen deckungsgleichen Hilfen wirken, die mit Blick auf spezielle Besonderheiten vorrangig bezogen werden.“* (ebd., S. 14)

Besondere Bedeutung kommt bei der Hilfe nach §§ 67 SGB XII dem Ziel zu, dem/der Einzelnen die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen, weil die Überwindung der besonderen sozialen Schwierigkeiten nach § 67 SGB XII Voraussetzung dafür ist (vgl. Dubrow & Hayner 2011, S. 3).

Gerull et al. (2009) stellen in Hinblick auf den Hilfeauftrag die Bedeutung der Verselbständigung der Klientel heraus und betonen, dass sich die Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten nicht auf einen „kompensatorischen Mangelausgleich der Lebenslage“ (ebd., S. 14) bezieht, sondern vielmehr motivierend sowie bewusstseinsfördernd wirken soll, um eine positive Veränderung der persönlichen Lebenssituation zu erreichen (vgl. ebd.).

c) Anspruch auf Hilfe

Ein Rechtsanspruch auf Hilfe nach § 67 SGB XII besteht gemäß § 17 SGB XII. Aufgrund der unbestimmten Rechtsbegriffe „besondere Lebensverhältnisse“ und „soziale Schwierigkeiten“ besteht in der Bewilligungspraxis ein Ermessensspielraum, der im Hinblick auf anspruchsbegründende Kriterien einer exakten Feststellung des Hilfebedarfs durch Fachkräfte bedarf und ggf. überprüft und wieder abgeändert werden kann (vgl. § 17 Abs. 2).

Die Mitwirkung an der positiven Veränderung der schwierigen Lebenslage sowie eingeschränkte Selbsthilfekräfte sind Voraussetzung für die Hilfestellung.

d) Umfang der Leistungen

Der Umfang der Leistungen ist in § 68 SGB XII geregelt und umfasst „alle Maßnahmen, die notwendig sind, um die Schwierigkeiten abzuwenden, zu beseitigen, zu mildern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten“ (ebd., Abs. 1 Satz 1), also Beratung sowie persönliche Betreuung, Unterstützung bei der Beschaffung und Erhaltung einer Wohnung, Hilfen zur Erlangung einer Ausbildung oder eines Arbeitsplatzes (vgl. ebd.). Die Leistungen können gemäß § 9 Abs. 2 SGB XII im Rahmen ambulanter, teilstationärer und stationärer Angebote geleistet werden, sofern der/die Leistungsberechtigte dies wünscht und dies in Hinblick auf die Besonderheit des Falls angemessen sowie erforderlich erscheint.

e) Zuständigkeit

Die Sozialhilfe ist gemäß § 2 SGB XII gegenüber anderen Leistungen des deutschen Hilfesystems nachrangig. Wer also Hilfe von Angehörigen oder Trägern anderer Sozialleistungen erhält, hat keinen Anspruch auf Sozialhilfe (vgl. ebd. Abs. 1). Dies betrifft auch Leistungen nach § 67 ff. SGB XII.

§ 53 ff. SGB XII: Eingliederungshilfe für behinderte Menschen

Als Teil der Sozialhilfe ist die Eingliederungshilfe im Bereich der Sozialen Arbeit insbesondere in Hinblick auf gesellschaftliche Teilhabe für Menschen mit Behinderung von Relevanz.

a) Leistungsberechtigte

Die Eingliederungshilfe orientiert sich am Begriff der Behinderung nach § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX, wonach Menschen dann behindert sind, „wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist“ (ebd.). Von Behinderung bedroht sind Menschen, bei denen eine Beeinträchtigung zu erwarten ist (vgl. ebd. Satz 2).

Nach § 53 Abs. 1 SGB XII sind Personen leistungsberechtigt, die durch eine Behinderung „wesentlich in ihrer Fähigkeit, an der Gesellschaft teilzuhaben, eingeschränkt oder von einer solchen wesentlichen Behinderung bedroht sind“ (ebd. Satz 1).

Kästle (2018) führt die anspruchsbegründenden Kriterien im Hinblick auf die körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit wie folgt aus:

- Körperlich wesentlich behindert sind Personen, die erheblich in der Bewegungsfähigkeit beeinträchtigt sind sowie blinde, hörbehinderte, gehörlose und sprachbehinderte Menschen.

- Geistig wesentlich behindert sind Personen dann, wenn die Eingliederung in die Gesellschaft aufgrund ihrer geistigen Fähigkeiten erheblich beeinträchtigt wird.
- Seelisch wesentlich behindert sind Personen mit körperlich nicht begründbaren Psychosen, seelischen Störungen als Folge von Krankheiten, Suchtkrankheiten, Neurosen, Persönlichkeitsstörungen.
- Menschen, die nach allgemeiner ärztlicher und sonstiger fachlicher Erkenntnis von einer Behinderung bedroht sind (vgl. ebd., o. S.).

„In allen anderen Fällen (nur vorübergehende oder nicht wesentliche Behinderung) steht die Eingliederungshilfe im Ermessen des zuständigen Sozialamts.“ (ebd.)

b) Ziele der Hilfe

Die Aufgaben der Eingliederungshilfe sind in § 53 Abs. 3 SGB XII geregelt. Demnach soll eine drohende Behinderung verhütet bzw. eine Behinderung und deren Folgen beseitigt oder gemildert werden, um eine Eingliederung in die Gesellschaft zu ermöglichen (vgl. ebd. Satz 1). Ziel ist es, „den behinderten Menschen die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern, ihnen die Ausübung eines angemessenen Berufs oder einer sonstigen angemessenen Tätigkeit zu ermöglichen oder sie so weit wie möglich unabhängig von Pflege zu machen“ (ebd. Satz 2).

Die Eingliederungsmaßnahmen zur Prävention, Rehabilitation und Integration müssen so lange gewährt werden, bis die Ziele der Eingliederungshilfe erfüllt sind oder zumindest die Aussicht besteht, dass die Ziele erfüllt werden können. Hierzu bedarf es der Stellungnahmen von Ärzt_innen, Einrichtungen und sonstigen sachverständigen Personen (vgl. Kästle 2018, o. S.).

c) Anspruch auf Hilfe

Ein Rechtsanspruch auf Hilfe nach § 67 SGB XII besteht gemäß § 17 SGB XII. Demnach können Leistungen aufgrund von Ermessensentscheidungen erbracht werden, wenn sie im Hinblick auf anspruchsbegründende Kriterien anhand einer exakten Feststellung des Hilfebedarfs durch Fachkräfte überprüft wurden und dementsprechend bestimmt wird, dass die Leistung zu erbringen ist (vgl. ebd. Abs. 1 Satz 1 sowie Abs. 2 Satz 1). Eine Ermessensentscheidung kann ggf. wieder abgeändert werden (vgl. ebd. Abs. 2 Satz 2).

Einen Anspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe im Sinne des § 53 SGB XII haben Menschen dann, „wenn und solange nach der Besonderheit des Einzelfalles, insbesondere nach Art oder Schwere der Behinderung, Aussicht besteht, dass die Aufgabe der Eingliederungshilfe erfüllt werden kann“ (ebd. Abs. 1 Satz 1). Gemäß § 53 Abs. 1 Satz 2 können auch „Personen mit einer anderen körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung“ (ebd.) Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten.

d) Umfang der Leistungen

Zur Durchführung der Eingliederungsmaßnahme erstellt das Sozialamt zunächst zusammen mit den Betroffenen und den behandelnden Ärzt_innen einen sogenannten Gesamtplan mit folgenden Inhalten:

- Diagnose sowie Begründung der Eingliederung
- Art und Ziel der entsprechenden Maßnahmen
- Voraussichtliche Dauer der Maßnahme
- Ort und Träger zur Ausführung der Maßnahme
- Ggf. Ergebnisse der bisherigen Maßnahmen (vgl. Kästle 2018, o. S.)

Zu den Leistungen der Eingliederungshilfe gehören gemäß § 54 SGB XII:

- Hilfen zu einer angemessenen Schulbildung sowie die Vorbereitung hierzu,
- Hilfe zur schulischen Ausbildung für einen angemessenen Beruf (auch Hochschulbesuch),
- Hilfe zur Ausbildung, Leistungen zur beruflichen Reha (Teilhabe am Arbeitsleben),
- Hilfe in vergleichbaren sonstigen Beschäftigungsstätten (z. B. in einer anerkannten Werkstätte für behinderte Menschen),
- Hilfe zur Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft,
- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
- Nachgehende Hilfe zur Sicherung der Wirksamkeit der ärztlichen bzw. ärztlich verordneten Leistungen sowie zur Sicherung der Teilhabe am Arbeitsleben (vgl. ebd. Abs. 1 Satz 1 Nr. 1-5 sowie Kästle 2018, o. S.)

Wird die Leistung in einer stationären Einrichtung erbracht, können den Betroffenen bzw. deren Angehörigen gemäß § 54 Abs. 2 zum gegenseitigen Besuch erforderliche Beihilfen geleistet werden. Auch die Unterbringung in einer geeigneten Pflegefamilie wird von den Leistungen der Eingliederungshilfe getragen (vgl. ebd. Abs. 3).

e) Zuständigkeit

Die Sozialhilfe ist gemäß § 2 SGB XII gegenüber anderen Leistungen des deutschen Hilfesystems nachrangig. Wer also Hilfe von Angehörigen oder Trägern anderer Sozialleistungen erhält, hat keinen Anspruch auf Sozialhilfe (vgl. ebd. Abs. 1). Dies betrifft auch Leistungen nach § 53 ff. SGB XII.

Kritisch kann zu der praktischen Umsetzung des § 53 ff. SGB XII gesagt werden, dass das aktuelle Psychiatriesystem zu hochschwellig ist und die störenden Klient_innen herausfallen. Die therapeutischen Anforderungen an die Klient_innen sind zu hoch (Krankheitseinsicht, Gruppenkontext). Häufig ist der Aufnahmegrund auch gleichzeitig der Entlassungsgrund (vgl. Nouvertné, 2017, o. S.)

Abgrenzung der beiden Hilfesysteme

Kann ein_e Hilfesuchende_r der entsprechenden Zielgruppe zugeordnet werden, besteht jeweils Rechtsanspruch auf Hilfen nach §§ 53 bzw. 67 SGB XII. Die Hilfe für Menschen mit besonderen sozialen Schwierigkeiten ist hierbei jedoch **nachrangig**.

In der Praxis ist eine Abgrenzung jedoch häufig aufgrund des gemeinsamen Hauptziels, nämlich die Erleichterung bzw. die Ermöglichung der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, schwierig. Manchmal ist auch der betroffene Personenkreis nicht eindeutig zu unterscheiden, beispielsweise bei Vorliegen einer seelischen Behinderung. Ein Versuch der Abgrenzung lässt sich anhand der Ausgangssituation der hilfesuchenden Person vornehmen: Für die Hilfe nach § 67 ff. sind die besonderen Lebensverhältnisse in Verbindung mit besonderen sozialen Schwierigkeiten Ausgangspunkt für die Gewährung von Hilfen.

Für die Hilfen nach § 53 ff. ist die besondere Lebenslage des_der Hilfenehmers_ Hilfenehmerin in Hinblick auf die festgestellte physische und/oder psychische Beeinträchtigung Ausgangspunkt für die Hilfestellung. Dabei ist vor allem die Deckung des Bedarfs entscheidend: so dürfen bei einem eindeutigen Rechtsanspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe die Hilfen nach § 67 SGB XII nicht automatisch verwehrt werden.

Quellen:

AGJ - Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe (2014): *Junge Volljährige nach der stationären Hilfe zur Erziehung. Leaving Care als eine dringende fach- und sozialpolitische Herausforderung in Deutschland.* https://www.agj.de/jfi-admin/files/publikationen/Care_Leaver.pdf (02.01.2018)

Dubrow, Christin / Hayner, Ekkehard (2011): *Anspruchsbegründung in der Arbeit nach §§ 67 ff. SGB XII.*

DVO § 69 SGB XII (2001): Hilfe bei besonderen sozialen Schwierigkeiten
file:///C:/Users/julia/AppData/Local/Temp/Soz.%20Schwierigkeiten%20DVO__69_SGB_XII-1.pdf (02.01.2018).

Gerull, Susanne / Merckens, Manfred / Dubrow, Christin (2009): *Qualitative Studie zu „Erfolg“ in der Hilfe nach § 67 ff. SGB XII.* Abschlussbericht vom 15.07.2009. https://www.berlin.de/sen/soziales/_assets/wohnungslose/endbericht_erfolg_67.pdf (16.10.2017)

Kästle, Maria (2018): *Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen.*
http://www.betanet.de/betanet/soziales_recht/Eingliederungshilfe-fuer-Behinderte-104.html (02.01.2018)

Nüsken, Dirk (2014): *Übergang aus der stationären Jugendhilfe ins Erwachsenenleben in Deutschland: Expertise*. Frankfurt am Main: IGfH-Eigenverlag

Nouvertné, Klaus (2017): *Eine neue Kultur psychiatrischer Versorgung?* In Kerbe: Forum für soziale Psychiatrie. Heft 3/2017. Berlin: Bundesverband evangelische Behindertenhilfe

SGB XII. Sozialgesetzbuch. Zwölftes Buch. Grundsicherung für Arbeitssuchende. In: Beck, C.H. (Hrsg.). 11. Auflage. München. 2015

Hilfesystem

Reguläre Unterbringungsangebote

Im Rahmen der Eingliederungshilfe stehen den Betroffenen³ bzw. Leistungsempfängern einige besondere Wohn- und Unterbringungsmöglichkeiten zur Verfügung. „Es hat sich gezeigt, dass (auch) seelisch behinderte Menschen sehr unterschiedliche Entwicklungen und Bedürfnisse haben.“ (Clausen/Eichenbrenner 2016:140). Manche betroffene Personen leben in unterschiedlichen Unterkünften, bis sie schließlich die für sie passende gefunden haben. Die Finanzierung hiervon richtet sich nach der Höhe der Bedarfsgruppe⁴ und der Unterkunft Form.

Nachfolgend wird auf die Möglichkeiten der Unterbringung insbesondere für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen eingegangen.

Betreutes Einzel- oder Paarwohnen (BEW)

Der Klient hat die Möglichkeit in einer Wohnung alleine oder zu zweit zu wohnen. Einen Mietvertrag hat er möglicherweise selber oder lebt als Untermieter in einer „Trägerwohnung“. Der Betreuende besucht ihn in seinem privaten Umfeld oder aber auch außerhalb, z.B. zum gemeinsamen Einkaufen. Die zu betreuende Stundenanzahl richtet sich nach der vereinbarten Hilfebedarfsgruppe. Für die Miete kommt der Klient selber auf oder sie wird von dem Jobcenter oder dem Grundsicherungsamt übernommen. Diese Wohnform eignet sich besonders für Menschen, die auf dem Weg in die Selbstständigkeit sind. Der Leistungstyp BEW wird bei seelisch Erkrankten über die §§ 53/54 SGBXII finanziert. Bei Kindern und Jugendlichen übernimmt das SGB VIII, ebenso ist bei Menschen in besonderen sozialen Notlagen eine Förderung nach §§ 67 SGBXII möglich.

³ Zum Zwecke der Lesefreundlichkeit wird auf das Einfügen des „Gender Gaps“, des Unterstriches zwischen maskuliner und femininer Endung eines Wortes verzichtet. Es ist gleichwohl in diesem Text auch von den Geschlechtern neben Mann und Frau auszugehen.

⁴ Die Hilfebedarfsgruppe (HBG) zeigt den Hilfebedarf (Unterstützung und Förderung) einer Person mit Behinderung an. Entsprechend der zugeordneten HBG wird zwischen dem Kostenträger und dem Leistungserbringer eine Vergütung vereinbart, vgl. https://www.cornelsen.de/bgd/97/83/06/45/03/04/5/9783064503045_x1SE_406_413.pdf (abgerufen am 19.01.2018).

Therapeutische Wohngemeinschaft (TWG)

Die Therapeutische Wohngemeinschaft zählt zu den Angeboten nach §§ 53 ff. SGB XII Eingliederungshilfe für seelisch, geistig, körperlich behinderte Menschen, deren Betreuung vorwiegend über die Sozialhilfe finanziert wird. Der Grundaufbau einer Therapeutischen Wohngemeinschaft ist die individuelle Versorgung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen. Sie variieren in der Anzahl der Bewohner und den Voraussetzungen an die Klienten. Es gibt zum Beispiel TWGs in denen nur trockene Alkoholiker leben sowie chronisch psychisch erkrankte Menschen, TWGs explizit nur für Frauen und Mädchen, Senioren, Nichtraucher oder Klienten mit ähnlichen Beeinträchtigungen. Die Betreuung in den TWGs erfolgt in der Regel durch Psychologen, Sozialarbeiter, Heilerziehungspfleger und Erzieher. Ziele der Betreuung sind zum Beispiel die Stabilisierung und Erhaltung der elementaren Grundfertigkeiten, angemessene Tagesstrukturierungen, Auf- und Verarbeitung der eigenen Krankheits- und Lebensgeschichte, Vermeidung von Isolation und Förderung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Angebote in einer TWG sind in der Regel Freizeitaktivitäten, einschließlich gemeinsamen Gruppenaktivitäten innerhalb der WG, Einzel- und Gruppengespräche, Unterstützung bei Arzt- und Amtsterminen, sowie bei der Vermittlung von Beschäftigungsmaßnahmen und Arbeit. Die TWGs befinden sich in Wohnungen und in Häusern. In der Regel hat jeder Klient ein eigenes Zimmer in der WG, welches nach eigenem Befinden eingerichtet werden kann. Hinzu kommen Gemeinschaftsbäder, Gemeinschaftsküchen und Freizeiträume.

Übergangswohnheim (ÜWH)

Die ÜWHs sind stationäre Einrichtungen. Meistens haben sie 20-30 Plätze. Die zu betreuenden Bewohner haben ein eigenes Zimmer oder ein Appartement. Die Betreuung erfolgt über ein multiprofessionelles Team. Das Betreuungsziel ist die Rehabilitation des Klienten. Das Übergangswohnheim ist nur vorübergehend und es stellt oft Aufnahmebedingungen. Die Hausordnung sowie das meist bestehende Alkohol- und Drogenverbot sind einzuhalten. Zusätzlich besteht eine verbindliche Teilnahme der Bewohner an gemeinsamen Aktivitäten, Arbeitstraining und therapeutische Plänen. Meist werden Mahlzeiten im Rahmen von beschäftigungstherapeutischen Aktivitäten gemeinsam gekocht und eingenommen. Aufgrund des hohen Betreuungsumfangs sind oft auch nachts Mitarbeiter zur Bereitschaft anwesend. Der Lebensunterhalt der Bewohner wird von der Einrichtung gestellt. Zusätzlich erhalten sie ein Taschengeld. Als stationäre Einrichtung wird das ÜWH gemäß § 53/54 SGB XII auf Basis der Vergütungsvereinbarung finanziert.

Sozialpsychiatrisches Wohnheim

Diese Wohnform der klassischen Heimversorgung ist eher für besonders beeinträchtigte Menschen mit einem intensiven Betreuungsangebot. Oft wird Alkoholkonsum toleriert und bzw. oder kontrolliert. Gemeinsame Aktivitäten für die Bewohner werden in allen Bereichen angeboten. Die Finanzierung leisten meist die Sozialämter und bei Pflegestufen die Pflegekassen. Im Rahmen der Eingliederungshilfe steht immer der Auftrag zur Rehabilitation des Klienten im Vordergrund.

Das Pflegeheim

Die hier untergebrachten seelisch beeinträchtigten Menschen fallen aus der klassischen Eingliederungshilfe raus. Die Kosten für deren Unterbringung übernimmt meist das SGBXI. Wenn Pflegestufe Null empfohlen wird kommt der Sozialhilfeträger bei Klienten mit psychischen Beeinträchtigungen auf. In diesen Einrichtungen gibt es eine ganztägige Pflege von 24 Stunden am Tag. Rehabilitation steht nicht mehr im Vordergrund, die Bewohner werden meist „nur“ noch aktiviert.

Quellen:

Clausen, J., Eichenbrenner, I. (2016): *Soziale Psychiatrie. Grundlagen. Zielgruppen. Hilfeformen*. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage, Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH

https://www.cornelsen.de/bgd/97/83/06/45/03/04/5/9783064503045_x1SE_406_413.pdf(aufgerufen am 19.01.2018)

<http://www.ev-mittendrin.de/> (aufgerufen am 10.01.2018)

B. Marré

ASOG Unterbringung

Bei der ASOG Unterkunft handelt es sich um eine Form der Unterbringung nach dem Berliner Polizei- und Ordnungsrecht. Die Polizei ist verpflichtet „*die erhebliche und gegenwärtige Gefahr [von Obdachlosigkeit] für die öffentliche Sicherheit abzuwehren*“ (Gillich/Keicher 2017:159). Da es kein bundeseinheitliches Polizei- und Ordnungsrecht gibt, hat jedes Bundesland eigene Gesetze erlassen, wodurch sich die Regelungen zur Gefahrenabwehr von Obdachlosigkeit in einigen Punkten unterscheiden. Allerdings teilen sich alle Gesetze, dass „*der Obdachlose [...] in erster Linie nicht mehr als Hilfsbedürftiger, sondern als sogenannter Störer im Sinne des Polizeirechts*“ (Kronberger 2000:1) gilt. Auch Notübernachtungen leiten sich aus diesen Gesetzen ab.

Die Zuweisung zu den entsprechenden Unterkünften findet in Berlin über die Soziale Wohnhilfe statt. „*Das Amt für Soziales wird in diesen Fällen zunächst nicht als Sozialamt sondern als Ordnungsbehörde tätig*“ (Bezirksamt Neukölln, abgerufen am 14.01.2018). Die Kosten der Unterkunft müssen nicht vom Regelsatz der Person gezahlt werden, sondern der Sozialhilfeträger ist für die Entrichtung des Tagessatzes der Unterkunft zuständig (vgl. Paegelow 2009:96). Bezieht die unterzubringende Person also beispielsweise ALG II Leistungen bestätigt das Jobcenter die Kostenübernahme des Tagessatzes, nachdem die Zuweisung durch die soziale Wohnhilfe ausgestellt wurde.

In Berlin gibt es mehrere ASOG Unterbringungen, die sich zum Teil erheblich voneinander unterscheiden, insbesondere in der Größe und ob bzw. wie viele Sozialarbeiter*innen angestellt sind. Auch gibt es sowohl gemischtgeschlechtliche, als auch frauenspezifische ASOG Unterkünfte und einige mit Doppelzimmern oder Einzelzimmern (vgl. Der Paritätische 2014).

Quellen:

Willi Kronberger (2000): *Problemfeld Wohnen: Unterkunft im Polizei- und Ordnungsrecht*

Stefan Gillich, Rolf Keicher (2017): *Ohne Wohnung in Deutschland. Armut, Migration und Wohnungslosigkeit*, Freiburg im Breisgau: Lambertus

Claus Paegelow (2009): *Handbuch Wohnungsnot und Obdachlosigkeit. Einführung zur Wohnungslosen- und Obdachlosenhilfe*, Bremen

Der Paritätische (2014): *Obdachlosenunterkünfte in Berlin: Bedarf, Kapazitätsplanung und Standards*, In: <https://www.paritaet-berlin.de/verband/aktuelles-aus-dem-verband/aktuelles-detailansicht/article/obdachlosenunterkuenfte-in-berlin-bedarf-kapazitaetsplanung-und-standards.html> (abgerufen am 14.01.2018)

Bezirksamt Neukölln: *Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten und Wohnhilfe*, In: <https://www.berlin.de/ba-neukoelln/politik-und-verwaltung/aemter/amt-fuer-soziales/hilfe-zum-lebensunterhalt-und-grundsicherung/artikel.286707.php> (abgerufen am 14.01.2018)

Nadine Kirstein

Niedrigschwelligkeit

Niedrigschwellige Soziale Arbeit ist ein zielgruppenspezifischer, in der Lebenswelt bzw. nahe der Lebenswelt ihrer Adressat*innen zu platzierender Ansatz. Sie agiert in der Lebenswelt einer konkreten Zielgruppe und stellt Organisationsformen mit geringer Verbindlichkeit.

Erreichbarkeit und Öffnungszeiten der Einrichtungen, welche niedrigschwellig arbeiten, sind an den Bedürfnissen bzw. der Lebensrealität der Adressat*innen orientiert, dies bedeutet, es wird gegebenenfalls aufsuchend oder Hilfesystem-übergreifend gearbeitet (vgl. Redemeyer, Block, 2011).

Relevante Aspekte von Niedrigschwelligkeit sind:

- Lebensweltbezug
- Zielgruppenorientiert
- Adressat*innen gehen mit der Annahme eines Angebotes keine oder nur geringe Verbindlichkeiten ein
- Alltagsbasierte Kommunikation
- Erreichbarkeit
- Mobilität
- Aufsuchender Ansatz

Niedrigschwelligkeit bedeutet eine schnelle unbürokratische Hilfe und einen leichten Zugang für Personen zum Hilfesystem. Sie zeichnet sich dadurch aus, *professionell Hilfe* zu leisten ohne einen Veränderungsanspruch an das Klientel zu stellen. Niedrigschwellige Soziale Arbeit setzt sich mit den Zugangproblemen der Adressat*innen auseinander und versucht diese zu beseitigen, um somit möglichst viele Menschen erreichen zu können (vgl. Methodisches Arbeiten).

Quellen:

Redemeyer, Angela, Block, Barbara (2011): *Niedrigschwelligkeit – Was bedeutet das wirklich? Eine begriffliche Auseinandersetzung für die Soziale Arbeit*. Sozialmagazin, S. 22-30

Stark, Christian (2012): *Methodisches Arbeiten in niederschweligen Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe* In: Soziales_Kapital. Journal Österreichischer Fachhochschul-Studiengänge Soziale Arbeit Nr. 8, www.soziales-kapital.at/index.php/sozialeskapital/article/view/231/379 (aufgerufen am 12.01.2018)

Valentine Allende

Hilfeapp für von Armut betroffene Menschen

Berlin bietet viele Hilfeangebote für obdachlose und arme Menschen. Es finden sich jedoch kaum aktuelle Internetportale und Listen, welche die vielen verschiedenen Hilfeangebote überbezirklich auflisten. Die Berliner Kältehilfe listet auf ihrer Website und in ihrer im Google App Store erhältlichen „Kältehilfe“-App viele Angebote für von Armut oder Obdachlosigkeit betroffene Menschen auf.

Unter dem Menüpunkt **“Ich Suche“** werden die folgenden Auswahlpunkte aufgelistet:

- Schlafplatz
- Aufenthalt tagsüber
- Essen
- Beratung
- Ärztliche Versorgung
- Kleidung
- Dusche oder Wäsche waschen

Diese Auswahlpunkte können dann mit Filtern, wie Bezirk, Wochentag, Geschlecht, besondere Merkmale wie Familien, junge Menschen, oder Menschen mit Tieren, barrierearm und ganzjähriges Angebot ergänzt werden, um aus den vielen Angeboten das Passende herauszufiltern. Die in der Suchtref-ferliste aufgeführten Angebote können dann aufgerufen werden und enthalten weitere Informationen sowie die Darstellung des Ortes des Hilfeangebotes auf Google Maps.

Einige Rezensionen der App im Google App Store:

„Eine sehr sinnvolle App. Nun fühle ich mich weniger hilflos“

„So eine sinnvolle App habe ich mir lange gewünscht! Klein, übersichtlich und, soweit ich beurteilen kann, auch sehr aktuelle Daten. Jeder, der mit offenen Augen unterwegs ist und Menschen in Not antrifft, sollte diese Informationen parat haben.“

Auch wenn die App sicher nicht alle Hilfeangebote immer aktuell auflistet ist sie ein sehr hilfreiches Tool für von Armut betroffene Menschen sowie helfende Bürger_innen und im Tätigkeitsfeld der sozialen Arbeit arbeitenden Menschen.

Wohnfähigkeit und Housing First

Wohnfähigkeit bezeichnet keinen einheitlich definierten Rechtsbegriff; vielmehr wird mit diesem Terminus ganz allgemein die *Fähigkeit eines Menschen* beschrieben, *selbstständig und in einer gesellschaftlich anerkannten Art und Weise einen eigenen Haushalt zu führen*.

Je nach praktischer Ausgestaltung des regionalen Hilfesystems, werden von Wohnungsämtern mancherorts Nachweise seitens sozialer Dienste verlangt, die den zukünftigen Mieter*innen bescheinigen, im Stande zu sein, eine Wohnung eigenverantwortlich bewohnen zu können, da vielfach die Fähigkeit insbesondere wohnungsloser Menschen in Frage gestellt wird, den aus einem mietvertraglichen Verhältnis entstehenden Pflichten nachkommen zu können und somit wohnfähig zu sein (vgl. Antidiskriminierungsberatung Brandenburg 2014, S. 7). Diese Vorgehensweise orientiert sich in erster Linie an einem Stufensystem, das „einen schrittweisen Aufstieg zwischen verschiedenen Sonderwohnformen mit unterschiedlichen Graden von Autonomie und Kontrolle [vorsieht], bevor eine Vermittlung in abgeschlossenen Wohnraum mit vollen Mieterrechten möglich ist“ (Busch-Geertsema 2011, S. 41). Zunächst steht aus dieser Perspektive deshalb die Inanspruchnahme professioneller Hilfe im Vordergrund, die auf das reguläre Wohnen vorbereitet und somit die jeweilige Person wohnfähig macht.

Maßgeblich für die Feststellung der Wohnfähigkeit ist das Zusammenspiel bzw. die Übereinstimmung dreier Komponenten, nämlich „die vorhandene Wohnung mit ihrer Größe, Ausstattung und Lage, die Mietperson mit ihrer Lebensgeschichte und ihren Gewohnheiten und das Wohnumfeld (Nachbarschaft) oder auch das Gemeinwesen mit all den Bedingungen und Regeln, die sich häufig über Jahre entwickelt haben“ (Antidiskriminierungsberatung Brandenburg 2014, S. 7).

Der Ansatz, die Wohnraumvergabe an die Wohnfähigkeit der potentiellen Mieter*innen zu koppeln, wird zuweilen gerade deshalb kritisiert, da er vermeintlich „die strukturellen Mängel des Wohnungsmarktes, der Wohnungs- und Sozialpolitik [ausblende] und deren Effekte in individualisierender und teils pathologisierender Weise den Wohnungslosen [zuschreibe]“ (Nagel 2015, S. 84).

Im Gegensatz dazu sieht *Housing First*-Konzept vor, Wohnungslose direkt mit bezahlbarem, dauerhaftem und eigenem Wohnraum zu versorgen, ohne eine vorherige Erlangung von Wohnfähigkeit zur Prämisse zu machen. Auch findet keine Verknüpfung an weitere Bedingungen statt, denn begleitende

Hilfen können bei Bedarf in Anspruch genommen werden (vgl. Gerull 2016, S.8). Somit steht das Modell des *Housing First* im deutlichen Kontrast zum traditionellen Stufensystem der Wohnungslosenhilfe.

Neben der gesicherten Unterkunft und der vom Wohnraum abgekoppelten, individuellen und flexiblen Hilfe, gehören Selbstbestimmung und Partizipation zu den 5 Grundprinzipien des *Housing First*-Modells. Auf dieser Basis soll ein funktionaler und gleichberechtigter Gestaltungsprozess zwischen Klient*in und Sozialarbeiter*in ermöglicht werden, in dessen Mittelpunkt die Förderung sozialer Inklusion steht (vgl. Neunerhaus 2015, S.16). So heißt es etwa im Wiener Pilotbericht, dass „[e]ine inklusive Gesellschaft [...] durch einen kontinuierlichen Abbau von sozialen Hürden erreicht [werden könne], [...] wohnungslosen Menschen [jedoch] durch die gängige Unterbringung in Institutionen gesellschaftliche Teilhabe erschwert [werde]. Der *Housing First*-Ansatz setzt demgegenüber auf De-Institutionalisierung und betont, dass mit bedarfsgerechter Unterstützung grundsätzlich jeder Mensch wohnen kann“ (Neunerhaus 2015, S.17).



Abb.: Die 5 Grundprinzipien von *Housing First* (Neunerhaus 2015, S.15)

Das *Housing First*-Modell wurde ursprünglich in den 90er-Jahren in New York konzeptioniert, um Wohnungslosigkeit zu beenden, anstatt sie lediglich zu verwalten: „Housing First ends homelessness. It’s that simple“ (Gillich, Keicher 2016, S. 181; zit. n. Tsemberis 2010). Mittlerweile ist *Housing First* zu einem gängigen Schlagwort in der Wohnungslosenhilfe geworden (vgl. Padgett, Henwood, Tsemberis 2016, S. 1). Dieses Konzept wird dabei oft als besonders geeignet für wohnungslose Menschen mit psychischen Erkrankungen oder Suchtproblemen angesehen, ist jedoch nicht eingeschränkt auf diese Zielgruppe übertragbar und auf das gesamte System der Wohnungslosenhilfe anwendbar (Busch-Geertsema 2011, S. 47).

Quellen:

Antidiskriminierungsberatung Brandenburg (Hrsg.) (2014): *Gutachten zur Rechtmäßigkeit der „Wohnfähigkeitsprüfung“ für Flüchtlinge in der Stadt Potsdam*. Online abrufbar unter:

https://www.antidiskriminierungsberatungbrandenburg.de/sites/default/files/attachements/Gutachten%20diskriminierende%20Wohnfaehigkeitspruefungen_2014.pdf, letzter Zugriff: 02.01.2018

Busch-Geertsema, Volker (2011): „*Housing First*“, ein vielversprechender Ansatz zur Überwindung von Wohnungslosigkeit. In: Widersprüche. Zeitschrift für sozialistische Politik im Bildungs-, Gesundheits- und Sozialbereich, 31 (121), S. 39 - 54. Online abrufbar unter: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0168-ssoar-402937>, letzter Zugriff: 02.01.2018

Gerull, Susanne (2016): *Wege aus der Wohnungslosigkeit. Eine qualitative Studie aus Berlin*. Online abrufbar unter: https://opus4.kobv.de/opus4-ash/files/158/Wege_aus_der_Wohnungslosigkeit_Gerull.pdf, letzter Zugriff: 02.01.2018

Nagel, Stephan (2015): *Wohn(un)fähigkeit – ein Wiedergänger in der Wohnungslosenhilfe*. In: wohnungslos, 57 (3 - 4), S. 82 - 87.

Neunerhaus – Hilfe für obdachlose Menschen (Hrsg.) (2015): *Housing First Pilotbericht Wien*. Online abrufbar unter: http://www.neunerhaus.at/fileadmin/Bibliothek/Neue_Website/Publikationen/Housing_First_Pilotbericht_2015_final.pdf, letzter Zugriff: 10.01.2017

Padgett, Deborah; Henwood, Benjamin; Tsemberis, Sam (2016): *Housing First. Ending Homelessness, Transforming Systems, and Changing Lives*. Oxford University Press.

Tsemberis, Sam (2010): *Housing First. The Pathways Model to End Homelessness for People with Mental Illness and Addiction*. Hazelden.

Wohnungslose Frauen mit Gewalterfahrungen

Der Anteil wohnungsloser Frauen ist in den letzten Jahren gestiegen. Die Zahl der BAGW lag 2015 bei 25,3%. Die Gruppe der wohnungslosen Frauen ist heterogen und die obdachlose Frau gibt es nicht, da die Gründe und Formen der Wohnungslosigkeit sehr unterschiedlich sind. Frauen wohnen häufig bei Verwandten und Bekannten, welches die Gefahr von Abhängigkeitsverhältnissen und verdeckter Wohnungslosigkeit mit sich bringt. Grund des Wohnungsverlustes ist in 37,5% Scheidung/Trennung und in 10% Gewalt des Partners/Ehemanns. Außerdem tauchen Frauen in Wohnungsloseneinrichtungen kaum auf, da diese von Männern dominiert sind. Die Situation und der Bedarf betroffener Frauen ist häufig nicht sichtbar und erschwert die Erfassung der aktuellen Zahlen (Enders-Dragsäcker/ Sellach 2005).

Eine wesentliche Ursache für Wohnungslosigkeit bei Frauen sind Gewalterfahrungen über die gesamte Lebensspanne, die zu seelischen, körperlichen und sozialen Folgen der Lebensbiografie führen. Im niedrigschwelligen frauenspezifischen Wohnungslosenhilfesegment existieren aktuell die wenigsten Angebote mit der geringsten finanziellen und personellen Ausstattung. Es gibt kein regelfinanziertes psychologisches Fachpersonal, jedoch steigen die Fallzahlen stetig und der komplexe Hilfebedarf der psychisch erkrankten Frauen ist hier am größten. Außerdem stellen fehlende Schutzräume ein weiteres Problem dar (AG Obdachlosigkeit von Frauen in Berlin 2011).

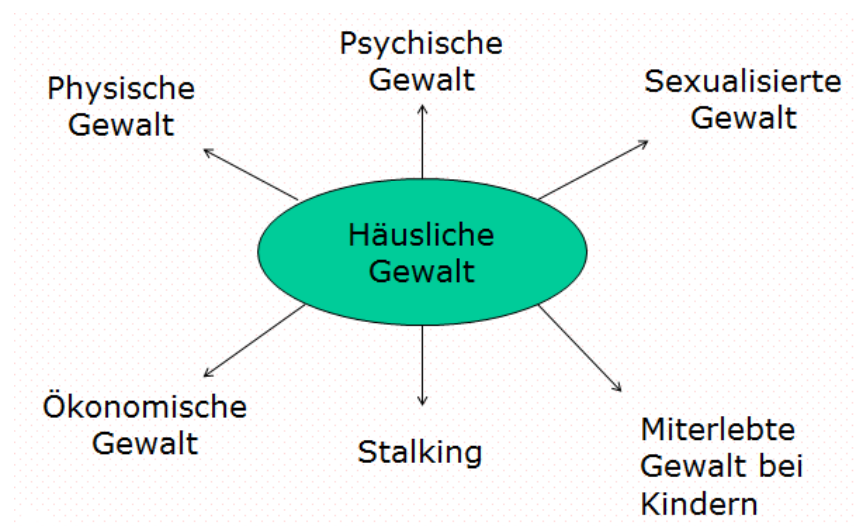
Ca. 90% der Frauen auf der Straße berichten von Gewalterfahrungen, genauer gesagt von geschlechtsspezifischen Extremerfahrungen. Diese können in der Vergangenheit liegen oder aktuell sein. Opfer von häuslicher Gewalt sind in der Regel Frauen und Kinder. 45 000 Frauen fliehen pro Jahr vor gewalttätigen Partnern ins Frauenhaus. Der Versuch die Wohnungslosigkeit durch Zwangspartnerschaften zu bekämpfen, endet meist in neuen Gewalt- und Misshandlungsbeziehungen (BIG e.V. 2017).

Häusliche Gewalt findet vor dem Hintergrund des strukturellen Machtverhältnisses zwischen Männern und Frauen statt und ist sichtbarer Ausdruck gesellschaftlicher Unterdrückung. Die Formen der Gewalt sind vielfältig und verflochten. Es handelt sich dabei um Angriffe im vermeintlichen Schutzraum. Ziel dabei ist es, Macht und Kontrolle über das Handeln und Denken einer anderen Person zu gewinnen. Täter und Opfer finden sich in allen sozialen Schichten, unabhängig vom Bildungsstand, Einkommen, Status, Kultur, Herkunft oder Alter.

Alkohol, soziale Probleme und Arbeitslosigkeit werden häufig als Begründung gesehen. Sie können zwar Auslöser sein, sind aber keine Ursache. Die Ursache liegt häufig in noch bestehenden ungleichen

Geschlechterverhältnissen und dem daraus resultierenden Geschlechterverständnis. Die Formen der Gewalt an Frauen sind im Zusammenhang mit struktureller Gewalt zu sehen und spiegeln sich in gesellschaftlicher und ökonomischer Ungleichbehandlung zwischen den Geschlechtern wieder. Dabei wird ein Bild der Minderwertigkeit vermittelt (Gerull/Oesterreich 2010).

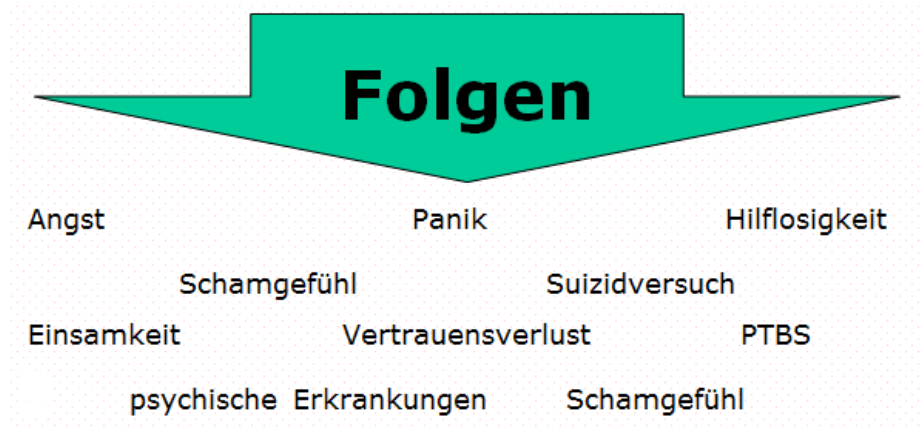
Formen häuslicher Gewalt



[Definitionen siehe Glossar]

Auswirkungen

Die Auswirkungen der Gewalterfahrungen können ganz unterschiedlich ausfallen, jedoch steht fest: Gewalt macht krank. Gesundheit ist ein Grundrecht des Menschen und wird durch Gewalterfahrungen regelmäßig außer Kraft gesetzt. Erfahrungen von Erniedrigung, Lebensbedrohung, Ausgeliefertsein, Handlungsunfähigkeit, Ohnmacht, Schmerzen können zu einem Trauma der Betroffenen führen. Dies verändert die Psyche und prägt die Persönlichkeit. Möglicher Auslöser kann eine ausweglose Situation in Verbindung mit Missbrauch und/oder Misshandlungen sein. Dies kann zu Angst, Panik, Hilflosigkeit, Schamgefühl, Einsamkeit, Verbitterung, Vertrauensverlust bis hin zu psychischen Erkrankungen und/oder Suizidversuchen führen (Gerull/Oesterreich 2010).



Das Hilfesystem

Wohnungslose, gewaltbetroffene Frauen benötigen spezifische Hilfen, denn bei ihnen geht es oft darum, Kreisläufe von Abhängigkeit und Gewalt zu durchbrechen (Veltmann o.J.) Bei der Wahrnehmung und Thematisierung des drohenden Wohnungsverlustes sowie bei der Information über Hilfsmöglichkeiten muss den spezifischen weiblichen Lebensumständen Rechnung getragen werden. Dazu gehört ein Hilfeangebot, bei dem die betroffenen Frauen, falls gewünscht unter Wahrung ihrer Anonymität und ohne Beisein des Partners, Unterstützung abrufen können. Die Erfahrungen zeigen, sobald es ein ausgewiesenes Angebot für Frauen gibt, trauen sich Frauen auch hervor, um Rat zu suchen (BAG Wohnungslosenhilfe 2012).

Wie müssten frauenspezifische Hilfen aussehen?

Die Mitarbeiterinnen sollten Kenntnisse zur Geschlechterspezifik der Bedarfslagen von Frauen und der Bedeutung ihrer sozialen Verpflichtungen und Bindungen für die Praxis der Beratung und Hilfe kennen. Es sollte sichergestellt sein, dass in der Einrichtung Gewaltfreiheit herrscht. Dazu gehört die Gewährleistung eines parteilichen Hilfsangebots für Frauen, mit dem die Hilfen an den Interessen und dem Bedarf von Frauen orientiert sind – das beinhaltet eine Haltung gegenüber Frauen, die gekennzeichnet ist von Akzeptanz der Person gegenüber und ihrer Biografie. Im Mittelpunkt der Arbeit stehen die Frauen und ihre Interessen und von daher werden Schutz, Beratung (auch anonym), Unterstützung (einzelfallbezogen und einzelfallübergreifend) in den meisten Fällen durch Frauen als Professionelle angeboten. Die Haltung der Mitarbeiterinnen sollte dabei ressourcenorientiert und wertschätzend sein. Gewährleistet wird solch ein respektvolles und akzeptierendes Hilfeangebots durch die Anerkennung, dass jede Frau ihre Lebenssituation am besten kennt und nur sie allein ihre Situation nachhaltig verbessern kann (Enders-Dragässer/ Sellach 2004).

Viele wohnungslose Frauen sind von Gewalt betroffen, aber es besteht kein adäquates Hilfeangebot, das beide Problemlagen berücksichtigt.

Quellen:

- BAG Wohnungslosenhilfe, Fachausschuss Frauen (2012): *Frauen in Wohnungslosigkeit und Wohnungsnot. Darstellung der Lebenslagen und der Anforderungen an eine bedarfsgerechte Hilfe. Positionspapier*. In: http://www.bag-wohnungslosenhilfe.de/de/publikationen/pos-pap/postion_frauen.html (Aufruf: 09.01.2017)
- Berliner Initiative gegen Gewalt an Frauen- BIG e.V. (2017): *BIG Hotline. Hilfe bei häuslicher Gewalt gegen Frauen und ihre Kinder*. In: <http://www.big-hotline.de> (Aufruf: 18.01.2017)
- Berliner Initiative gegen Gewalt an Frauen- BIG e.V. (2017): *Was ist häusliche Gewalt?*. In: <http://www.big-berlin.info/node/228> (Aufruf: 18.01.2017)
- BERLIN – Stadt der Frauen e.V. (2011): *AG Obdachlosigkeit von Frauen in Berlin*. In: http://www.berlin-stadtderfrauen.de/wp-content/uploads/2013/06/AG_Obdachlosigkeit_Positionspapier_12.pdf (Aufruf: 07.01.2017)
- Diagnose-Gewalt: *Formen häuslicher Gewalt*. In: <http://www.diagnose-gewalt.eu/haeusliche-gewalt/definition-haeuslicher-gewalt/formen-haeuslicher-gewalt> (Aufruf: 07.01.2017)
- Dr. Enders-Drägässer; Huber, Helga; Dr. Sellach, Brigitte (2004): *Frauen in Wohnungsnot – Hilfen, Bedarfslagen und neue Wege in NRW*. In: http://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/12572/ssoar-2004-enders-dragasser_et_al-frauen_in_wohnungsnot.pdf?sequence=1 (Aufruf 08.01.2017)
- Dr. Enders-Drägässer, Uta; Dr. Sellach, Brigitte u.a. (2005): *Frauen in dunklen Zeiten Persönliche Berichte vom Wohnungsnotfall: Ursachen – Handlungsspielräume - Bewältigung Eine qualitative Untersuchung zu Deutungsmustern und Lebenslagen bei Wohnungsnotfällen von Frauen*. In: <http://www.iwu.de/forschde/dateien/Frauen.pdf> (Aufruf: 05.01.2017)
- Gerull, Susanne; Oesterreich, Charlotte (2010): *Frauen in Not- Wohnungslose Frauen in Gewaltbeziehungen*. In: http://www.ak-wohnungsnot.de/veranstaltungen/1009_fachtagung/1009_FachtagungReader.pdf (Aufruf: 04.01.2017)
- Hartmann, Petra; May Angelika (2010): *Gewaltbetroffen – wohnungslos – Psychisch auffällig. Was Fehlt?* (Seite 5). In: http://www.ak-wohnungsnot.de/veranstaltungen/1009_fachtagung/1009_FachtagungDokumentation.pdf (Aufruf: 05.01.2017)
- Hniopek, Andrea (2016): *Obdachlose Frauen „Anforderungen an ein frauengerechtes Hilfesystem“*. In: http://www.soz-paedal.de/pdf/Obdachlose-Frauen-Anforderungen-an-ein-frauengerechtes-Hilfesystem_FachtagungFrauen-2016-03-01.pdf (Aufruf: 08.01.2017)
- Veltmann, Robert: *GEBEWO Soziale Dienste Berlin. Hilfe für Frauen*. In: <http://www.gebewo.de/hilfe-fuer-frauen>. (Aufruf: 18.01.2017)

Hilfen für Junge Wohnungslose

Junge Wohnungslose gehören zu den schwer erreichbaren Klient*innen der Sozialen Arbeit. Da viele nicht von den vorhandenen Hilfeleistungen erreicht werden können, gilt es Zugänge zu den Jugendlichen und jungen Erwachsenen zu finden. So wird gerade Aufsuchende Soziale Arbeit als Ansatz für Zielgruppen, die sich vorrangig im öffentlichen Raum finden und von einrichtungsgebundenen Angeboten nicht abgeholt werden können beschrieben. Streetwork-Angebote arbeiten mit einer hohen Lebensweltorientierung, suchen die jungen Erwachsenen an verschiedenen Plätzen in Berlin auf und stellen Hilfe in Form von Mahlzeiten und Beratung zur Verfügung, aber auch Waschmöglichkeiten oder Kleiderausgaben. Dabei kann oft ein Zugang gefunden werden und eine Vermittlung zu weiteren Hilfeangeboten (wie bspw. Suchtberatung) gelingen. So gelten als grundlegende wichtige Arbeitsprinzipien mobiler aufsuchender Arbeit: Niedrigschwelligkeit, Bedürfnis- und Lebensweltorientierung, Freiwilligkeit und Akzeptanz (vgl. Wendt 2015, S. 329).

Der Zugang gestaltet sich oft schwierig, wenn junge Menschen verdeckt wohnungslos bei Freunden oder Bekannten leben. Und auch junge Wohnungslose, die auf der Straße leben, aber vom Erscheinungsbild kaum auffallen. Sie werden oft nicht gesehen und damit fehlt auch das Bewusstsein über die Problemlagen und den Hilfebedarf junger Wohnungsloser. In Berlin gibt es Einrichtungen wie Straßenkinder e. V., KuB Sleep In oder Kriseneinrichtungen, die Hilfen für junge Wohnungslose bieten.

Neben diesen Hilfen gibt es auch Zusammenschlüsse und Treffen von Betroffenen, wie MOMO – The voice of disconnected youth oder den Kongress der Straßenkinder, der zum ersten Mal im Jahr 2014 zustande kam. Dabei geht es vor allem um die Stimme junger Wohnungsloser und darum ein Bewusstsein in der Gesellschaft und Politik zu schaffen.

Quellen:

KARUNA (o. J.): Die Eröffnungsansprachen zur Konferenz der Straßenkinder und Flüchtlingskinder vom 25.09.2015 in Berlin, <http://cms.karuna-ev.de/2015/09/eroeffnungsansprachen/> (abgerufen am 29.01.2018)

MOMO The voice of disconnected youth (o. J.): *Über uns*, <https://momo-voice.de/ueber-uns/> (abgerufen am 28.01.2018)

Straßenkinder e.V. (2017): *Für Straßenkinder*. <https://strassenkinder-ev.de/strassenkinderarbeit/> (abgerufen am 29.01.2018)

Wendt, Peter-Ulrich (2015): *Lehrbuch Methoden der Sozialen Arbeit. Kapitel 11*. Weinheim und Basel: Beltz Juventa

Benno Grünberg

Migrant_innen in der Wohnungslosenhilfe

Aufgrund der Erweiterung der EU im Jahr 2004 spielt das Phänomen wohnungsloser Migrant_innen in Deutschland eine zunehmend wichtigere Rolle. Ermöglicht durch die Freizügigkeitsregelung ist es besonders für Menschen aus Mittel- und Südosteuropa attraktiver geworden, zum Zweck der Arbeitssuche nach Deutschland zu kommen. Hier zeigen sich jedoch zahlreiche Herausforderungen für diese Personengruppe.

Zum einen ist der Arbeitsmarkt nicht immer offen für Menschen mit Migrationserfahrung. Dies erschwert es den Migrant_innen, Arbeit zu finden. Ähnliches ist auf dem Wohnungsmarkt zu beobachten. Des Weiteren bedingen sich beide Probleme gegenseitig. Ohne Job ist es schwerer eine Wohnung zu finden, ohne Wohnung gestaltet sich die Jobsuche schwieriger. Trotz geltenden Allgemeinen Gleichstellungsgesetz (AGG) ergeben sich hierfür schwerwiegende Benachteiligungen für Migrant_innen.

Neben dem AGG ergeben sich jedoch zahlreiche weitere Rechtsansprüche für in Deutschland lebende Migrant_innen. Der UN-Sozialpakt verpflichtet die Bundesrepublik Deutschland dazu, auch Nichtdeutsche in Wohnungsnot geratene Personen adäquat zu unterstützen. Dieses Recht ist jedoch nicht einklagbar. Bestimmte Auszüge des Grundgesetzes sind hier wesentlich verpflichtender. Auch das Ordnungsrecht ist als Rechtsgrundlage für Menschen in Wohnungslos mit Migrationshintergrund anwendbar.

Mit zurzeit 25% liegt der Anteil von Migrant_innen in der Wohnungslosenhilfe über den bundesweiten Vorkommen von Migrant_innen, der mit 20% angegeben wird. Diese Angabe bezieht sich in erster Linie auf niedrigschwellige Angebote. Im hochschwelligeren Bereich ist der Anteil von Migrant_innen niedriger. Dies liegt vor allem an sprachlichen Barrieren, welche aufgrund fehlender Sprachmittlung nicht abgebaut werden können. Aus Berichten Sozialarbeitender Personen geht jedoch hervor, dass Migrant_innen in der Wohnungslosenhilfe sehr wohl offensichtliche Bedürftigkeit aufweisen, der Leistungsanspruch aber teilweise ungeklärt ist.

Neben Benachteiligungen von Migrant_innen im Arbeits- und Wohnungsmarkt ergeben sich auch Schwierigkeiten bei der Integration wohnungsloser Migrant_innen in die medizinischen Versorgungssysteme. Fehlende Kostenübernahmen führen oft dazu, dass Migrant_innen nicht angemessen behandelt werden können. Dem gegenüber stehen ein oft schlechterer Zahnstatus und ein erhöhtes Vorkommen von psychischen Erkrankungen bei Migrant_innen in der Wohnungslosigkeit.

Aus intersektionaler Perspektive lässt sich erkennen, dass Migrant_innen, welche in Wohnungsnot geraten sind, von Mehrfachdiskriminierung stark bedroht sind. Neben Rassismus, Sexismus und Klassismus spielen auch Antiziganismus und Ableismus eine Rolle in der Diskriminierungserfahrung dieser Personengruppe. Diese gesellschaftlichen Phänomene dürfen von institutioneller Seite nicht reproduziert werden. Hierzu ist eine Anpassung des Hilfesystems nötig.

Quellen:

BAG Wohnungslosenhilfe(2013): *Hilfen für Migrantinnen und Migranten in Wohnungsnot und sozialen Schwierigkeiten*. Bielefeld

Gillich, Stefan, Keicher, Rolf (Hrsg.)(2016): *Suppe, Beratung, Politik*. Wiesbaden

Keicher, Rolf (2014): *Wenn Würde zur Ware verkommt*. Wiesbaden

Sucht

Im Duden finden sich folgende Definitionen unter dem Begriff „Sucht“:

- „1. krankhafte Abhängigkeit von einem bestimmten Genuss- oder Rauschmittel o. Ä.*
- 2. übersteigertes Verlangen nach etwas, einem bestimmten Tun; Manie [(Habsucht, Eifersucht aber auch einfach die Sehnsucht)]*
- 3. (veraltet) Krankheit [(Gelbsucht, Wassersucht)]“*

Eine weitere Definition liefert das Buch „Drogenabhängigkeit – ethisch betrachtet“ (Council of Europe Publishing, 2006). Diese unterscheidet sich nur gering von der obigen:

„Sucht“ - abgeleitet von germanischen „siech“ [(krank/schwer leidend)] – bezieht sich auf die Abhängigkeit von einer Substanz (Droge, Tabak, Alkohol, Medikament), von einer Gewohnheit (Glücksspiel, Sport) oder von einer Situation (Liebesbeziehung), die ein Individuum von seiner Umgebung mehr oder weniger entfremdet und die von dieser Umgebung teilweise oder überhaupt nicht akzeptiert wird. Im Fachkreisen spricht man gewöhnlich von Abhängigkeit.“

Als medizinischer und psychologischer Fachbegriff hat „Sucht“ - heute Abhängigkeit – bereits in den 60er Jahren in das ICD-10 (International Classification of Diseases) Einzug gefunden. In den Abschnitten F10 – F19 mit der Überschrift „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ werden unterschiedliche Formen von Abhängigkeiten aufgeführt. F10. - Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, beispielsweise hat 10 weitere Unterpunkte welches die vielseitig auftretenden Problemlagen und Störungen deutlich machen kann.

Dennoch stößt man bei dem Versuch „Sucht“ zu definieren auf Kontroversen und viele von einander abweichende Ansichten. Ab wann fängt Sucht an? Man kann festhalten, dass sich der Begriff seit je her zwischen körperlicher Erkrankung und abweichendem Verhalten bewegt. Doch fängt demnach Sucht an, sobald die Gesellschaft übersteigerten Konsum und/oder abweichendes Verhalten einer Person zu maßregeln versucht?

In der Fachliteratur zu von Wohnungslosigkeit betroffener Menschen wird vor allem die Alkoholsucht diskutiert, da sie das häufigste Krankheitsbild betroffener Menschen darstellt. Es stellt sich die Frage, welche Haltung und Wertgrundsätze man in der Arbeit mit Hilfesuchenden vertritt.

In der Praxis der Wohnungslosenhilfe tun sich demnach unterschiedliche Ansätze auf:

- a) Abstinenzorientierte Hilfe – (Baldige) Beendigung des Konsums als Voraussetzung für die Zusammenarbeit (hochschwellige Hilfsangebote)

b) Akzeptierender Ansatz – Entwöhnung vom Konsum steht nicht im Vordergrund, sondern die Verbesserung der aktuellen Lebenssituation des/der Betroffenen (niedrigschwellige Hilfsangebote)

Gerade in der Arbeit mit von Wohnungslosigkeit betroffener Menschen erweisen sich die Hochschwelligeren Hilfsangebote oftmals als unzugänglich. Benötigt wird eine geeignete Suchthilfe für jene große Anzahl von Personen in der Wohnungslosenhilfe, die sich durch die Abstinenzorientierung der Suchtkrankenhilfe nicht angesprochen und angenommen fühlen. Der bereits genannte akzeptierende Ansatz wendet sich von der Betrachtung einer Suchterkrankung als krankhaften Zustand und der Defizitorientierung, hin zu einer Betrachtung der Sucht als Mittel zur (Über-)Lebensbewältigung und als Antwort auf schwierige Lebenssituationen.

„Es ist sinnlos über Schuld und Nichtschuld zu rechten. Die schönsten psychologischen und soziologischen Doktrinen nutzen gar nichts, wenn der Mensch, dem wir helfen wollen, nicht merkt, dass man ihn mag.“

(Adolf Mathes)

Quellen:

Gesundheitsförderung und Selbsthilfe Band Nr. 19 (2007): *Zieloffene Suchtarbeit mit Wohnungslosen*. BKK Bundesverband. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW

Council of Europe Publishing (2006): *Drogenabhängigkeit – ethisch betrachtet*. Berlin: LIT Verlag

<https://www.duden.de/rechtschreibung/Sucht> (abgerufen am 12.01.2018)

<http://www.icd-code.de/icd/code/F10.2.html> (abgerufen am 12.01.2018)

Grundlagen Psychiatrie

Rechtliche Grundlagen Psychiatrie - Unterbringung

Bei dem System Psychiatrie handelt es sich rechtlich gesehen um einen hochsensiblen Bereich, in dessen Kontext oftmals eine Abwägung verschiedener Rechtsgüter abverlangt wird, die zu Eingriffen in die Grundrechte eines jeden Menschen führen können. Deutlich wird dies insbesondere bei der Frage der Unterbringung und Behandlung in einer psychiatrischen Klinik gegen den Willen der Person. Die Einschätzung, wann eine Einschränkung des freien Willens zum Schutz der Person oder Dritter notwendig ist, kann sich für Professionelle im psychiatrischen Hilfesystem als Dilemma erweisen.

Grundsätzlich gelten bei Patient*innen mit psychischen Erkrankungen die gleichen Rechte wie bei somatischen Patient*innen. Im Sinne des **Selbstbestimmungsrechts** bedarf jede Behandlung der Einwilligung des*der Patienten*in sowie der vorherigen medizinischen Aufklärung, die notwendig für eine selbstbestimmte Entscheidungsfindung ist (s. ärztlicher Behandlungsvertrag, geregelt in §630 a-h BGB). Die wirksame Einwilligung setzt die **Einwilligungsfähigkeit** voraus, welche die Erfassung von Art, Bedeutung, Tragweite und Risiken der ärztlichen Maßnahme beinhaltet (BGH-Urteil vom 28.11.1957). Diese Fähigkeit kann aufgrund einer psychischen Erkrankung beeinträchtigt sein, wenn diese einen gewissen Schweregrad überschritten hat und sich auf die sogenannte Einsichts- oder Steuerungsfähigkeit des Betroffenen auswirkt. In solchen Fällen besteht die Möglichkeit, eine Behandlung gegen den Willen der Person durchzuführen, um drohende gewichtige gesundheitliche Schädigung des Betroffenen abzuwenden. Dabei spielt die Frage der **Verhältnismäßigkeit** eine zentrale Rolle – die Gründe für solche Zwangsmaßnahmen müssen gewichtig sein, allein die Tatsache einer Behandlungsbedürftigkeit aus psychiatrischer Sicht reicht nicht aus. (vgl. Marschner 2009: 22-27).

Bei der **Unterbringung** handelt es sich um das Festhalten einer Person in einem bestimmten Raum, gekennzeichnet durch ständige Überwachung und Einschränkung des Außenkontakts ohne oder gegen den eigenen Willen. Dabei handelt es sich um einen **Freiheitsentzug** des Menschen. Die Freiheit eines jeden Menschen ist ein zentrales Grundrecht (Art. 2 Abs. 2 GG), welches nur durch ein Gesetz und eine gerichtliche Entscheidung einschränkbar ist (Art. 4 Abs. 2 GG). Die Rechtsgrundlagen für freiheitsentziehende Unterbringung sind in verschiedenen Rechtsgebieten angesiedelt und unterscheiden sich je nach Zweck der Unterbringung. Dient die Unterbringung in erster Linie dem Wohl und Schutz des*der Betroffenen im Falle einer Selbstgefährdung, so gilt als Grundlage die zivilrechtliche Unterbringungsbefugnis des Betreuers oder Bevollmächtigten nach § 1906 Abs. 1 BGB. Dient die Unterbringung dem Schutz Dritter, d.h. es liegt eine Selbst- und/oder Fremdgefährdung vor, so greift das öffentlich-rechtliche Unterbringungsrecht der Länder. In Berlin ist dies im *Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten* (kurz: PsychKG) geregelt. Im Falle einer begangenen

Straftat in einem Zustand der Schuldunfähigkeit erfolgt eine strafrechtliche Unterbringung mit dem Ziel der Sicherung und Besserung im Maßregelvollzug, geregelt nach §§ 63 und 64 StGB (vgl. Brosey, Osterfeld 2017: 148-155).

Psychiatrische Behandlungsformen

Bis zur Umstrukturierung des psychiatrischen Versorgungssystems in den 1970er Jahren und dem Prinzip der Enthospitalisierung wurde Psychiatrie oftmals mit stationärer Behandlung gleichgesetzt. Resultate dieser Umstrukturierungsphase waren das Konzept der **Regionalisierung** in Form von Verkleinerungen der Kliniken und Angliederung an Allgemeinkrankenhäusern zur Entwicklung eines gemeindenahen Hilfesystems sowie das **Prinzip „ambulant vor stationär“** und dem Ausbau ambulanter Hilfen.

Übersicht der ambulanten und stationären Behandlungsformen:

Behandlungsform	Aufgabe	
Ambulant	Hausarzt, Facharzt	Erste Anlaufstelle, Diagnostik und Behandlung, Verordnung ambulanter oder stationärer Therapie
	Psychiatrische Institutsambulanz (PIA)	Behandlung psychischer Erkrankungen, die aufgrund der Schwere über die Behandlung einer Arztpraxis hinausgeht oder nach einer Entlassung
	Ambulante psychiatrische Pflege (APP)	Häusliche Krankenpflege, Vermeidung eines Krankenhausaufenthaltes, Krisenintervention, Sicherung der ärztlichen Behandlung
	Ambulante Psychotherapie	Gemeinsame Erarbeitung der Behandlungsbereitschaft, Vermeidung/ Verkürzung von Krankenhausaufenthalten
	Ambulante Ergotherapie	Üben von handwerklichen, kreativen oder alltagspraktischen Fähigkeiten
	Ärztliche und psychologische Psychotherapie	Gezielte Behandlung der psychischen Störung mit psychologischen Mitteln, Verhaltens- oder tiefenpsychologisch
	Integrierte Versorgung (IV)	Überbrückung der Kluft zwischen stationärer und ambulanter Behandlung für Patient*innen mit einem besonderen Hilfebedarf
Teilstationär	Tageskliniken	Behandlungsprogramm tagsüber, Ergänzung/Ersetzung stationärer Behandlung

Stationär	Psychiatrische Kliniken und Abteilungen, teilweise spezialisierte Stationen (bbspw. Sucht, Gerontopsychiatrie)	Krisenintervention bei Fremd- oder Eigengefährdung, Diagnostik, Einleitung der (vor allem medikamentösen) Behandlung
	Psychosomatische Kliniken	Behandlung psychosomatischer Störungen wie Schlafstörungen, Ängste, Burn-Out
	Kliniken des Maßregelvollzugs	Sicherung, Besserung und Rehabilitation forensischer Patient*innen

(Vgl. Eichenbrenner 2017, Clausen/ Eichenbrenner 2016)

Das psychiatrische Versorgungssystem besteht aus verschiedenen Hilfsangeboten. So bestehen neben der ambulanten und stationären Behandlung Angebote in Form von:

- ≡ **Beratung und Begleitung:** z. B. Sozialpsychiatrischer Dienst, Krisendienst, Kontakt- und Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen, Psychiatrie-Beschwerdestelle
- ≡ **Unterstützung zur Alltagsbewältigung und Teilhabe in der Gesellschaft:**
Betreutes Wohnen, Tagesstätten, Beschäftigungstagesstätten
- ≡ **Teilhabe am Arbeitsleben:** Arbeitsmöglichkeiten für psychisch kranke Menschen, Zuverdienste, Werkstätten für behinderte Menschen, Integrationsprojekte
(vgl. Eichenbrenner 2017)

Für eine Übersicht des Berliner Versorgungssystem empfiehlt sich die Homepage des Landesbeauftragten für Psychiatrie. Link: <https://www.berlin.de/lb/psychiatrie/versorgungssystem/>.

Quellen:

- Brose, Dagmar/Osterfeld, Margret (2017): *Die Rechte von Klientinnen und Klienten*. In: Bischkopf, Jeanette/Deimel, Daniel/ Walther, Christoph/ Zimmermann, Ralf-Bruno (Hrsg.): *Soziale Arbeit in der Psychiatrie*. Lehrbuch. S. 139-157. Köln: Psychiatrie Verlag
- Clausen, Jens/ Eichenbrenner, Ilse (2016): *Soziale Psychiatrie. Grundlagen, Zielgruppen, Hilfeformen*. 2. Aufl. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH
- Eichenbrenner, Ilse (2017): *Das psychiatrische Hilfesystem*. In: Bischkopf, Jeanette/Deimel, Daniel/Walther, Christoph/ Zimmermann, Ralf-Bruno (Hrsg.): *Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Lehrbuch*. S.116-137. Köln: Psychiatrie Verlag
- Marschner, Rolf (2009): *Basiswissen: Rechtliche Grundlagen für die Arbeit in psychiatrischen Einrichtungen*. Bonn: Psychiatrie-Verlag

Derya Aslan

Antipsychiatrie

Unter dem Begriff „Antipsychiatrie“ verbirgt sich eine Bewegung, die sich seit den 60er Jahren von einer eher akademisch orientierten Disziplin zu einer neuen, im wesentlichen von Psychiatriebetroffenen getragenen Bewegung entwickelte. In deren Mittelpunkt steht die Forderung nach nutzergetragenen bzw. nutzerkontrollierten Alternativen zur Psychiatrie und nach Verzicht auf toxische Substanzen (vgl Lehmann 2011).

Im folgenden kurzen Beitrag möchte ich kurz darstellen, auf welcher Grundlage die Bewegung entstanden ist und wie sie sich historisch, von den 60er Jahren bis heute, entwickelt hat. Ich gehe dabei besonders auf David Cooper ein, der Vertreter der "alten Antipsychiatrie" ist, sowie auf die Entwicklung in Deutschland seit den 1980er Jahren ("neue, humanistische Antipsychiatrie").

Während in westlichen Staaten wie den USA oder Großbritannien bereits ab Mitte der 50er Reformen des psychiatrischen Systems eingeleitet wurden, bestanden in der BRD bis weit über das nationalsozialistische Vernichtungsprogramm hinaus Großanstalten mit Hunderten bis Tausenden Insass_innen. Diese Anstalten kamen vor allem der Aufgabe nach, auffällig Gewordene auszusondern, zu verwahren und zu bändigen, nicht aber sie zu therapieren (vgl Weigand 2015, S. 20). Abgestempelt als „Verrückte“, waren „Erniedrigung, Demütigung und Willkür die Regel“ (vgl Basaglia 1971). Dem Soziologen Erving Goffmann zufolge waren psychiatrische Anstalten (bzw. sind es Psychiatrien heute noch) „totale Institutionen“. In diesen besteht „eine fundamentale Trennung zwischen einer großen, gemanagten Gruppe, den „Insassen“ auf der einen Seite, und dem weniger zahlreichen Aufsichtspersonal auf der anderen“ (Goffmann 1973, S. 18). Außerdem herrscht Überwachung aller Mitglieder der Institution, Unterwerfung unter eine zentrale Autorität und vorgeschriebene und verregelte Tätigkeiten (vgl. Goffmann 1973)

All diese Anstalten war eine rigide, arztzentrierte Hierarchie, der Einsatz von Zwang und Zwangsmedikation und willkürlicher Gewalt seitens des Klinikpersonals gemein (vgl Weigand 2015, S. 21). Außerdem bestanden neben den Kliniken noch sogenannte Heime und Anstalten für geistig behinderte und chronisch psychisch Kranke (vgl. Weigand 2015 S. 21).

Auf dieser Grundlage kam es in den 60er Jahren zu einer Skandalisierung der Zustände in den Psychiatrien und erstmals zu einer Artikulierung dieser in der Öffentlichkeit. Diese wird vor allem Psychiatern wie zum Beispiel Ronald D. Laing und David Cooper zugeschrieben (vgl. Lehmann) Sie stellten vor allem das herrschende Bild von gesund/krank und normal/abnormal in Frage. Argumentiert wurde, dass wer als „gesund“ gilt, sich einer Reihe mehr oder weniger willkürlich gesellschaftlich

festgesetzten Normen angepasst hat (vgl. Cooper 1971, S. 27), und stellte somit die medizinisch-biologische Begründung von psychischen Krankheiten in Frage, wie beispielsweise Schizophrenie, da es keine objektiven klinische Kriterien für solche psychiatrischen Diagnosen gebe.

Neben Laing und Cooper treten seit der Studentenbewegung der 68er weltweit noch andere akademisch orientierte Kritiker*innen auf, "welche sich allerdings aufgrund einer eher theoretischen und vor allem weißen, männlichen Perspektive als nicht unbedingt fähig zu einer konstruktiven Zusammenarbeit mit Betroffenen erweisen" (Lehmann). Den Schwung dieser „alten Antipsychiatrie nutzen sozialpsychiatrische Reformen*innen, inspiriert von der sogenannten „demokratischen Psychiatrie“ des Italieners Franco Basaglia, um das psychiatrische System weitgehend zu verändern (vgl. Lehmann). Also die psychiatrischen Krankenhäuser einerseits zu verkleinern und umzustrukturieren, und sie zweitens von dem „gesellschaftlichen Off in die Gemeinde zu tragen, mit dem Ziel eine ambulante, gemeindenahere Versorgung aufzubauen“ (vgl. Weigand 2015 S. 22). Im Folgenden werde ich nun die Psychiatriereform und ihre Auswirkungen in Deutschland, sowie die kritischen Positionen dieses sozialpsychiatrischen Reformprojekts darlegen.

Im April 1970 ereignete sich in der Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf der von Klaus Dörner initiierte Kongress „Rückkehr der psychisch Kranken in die Gesellschaft?“, welcher als Geburtsstunde der sozialpsychiatrischen Bewegung in Deutschland gilt. Daraufhin kam es in Deutschland zu einer Veränderung im psychiatrischen Sektor, von den Großanstalten hin zu kleineren Einrichtungen, psychiatrischen Abteilungen an Krankenhäusern sowie ein umfassendes System der Gemeindepsychiatrie (vgl. Lehmann). An dieser Stelle sei vor allem die sogenannte „Psychiatrie-Enquete“ von 1975 genannt, ein 400-seitiger „Bericht über die Lage Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland“ die auf Antrag der CDU-Bundestagsfraktion von einer Expert*innenkommission abgeliefert wurde. (Teil dieser Kommission waren ausschließlich Professionelle, vor allem Psychiater*innen und Vertreter*innen von Landesministerien (vgl. Weigand 2015 S.22),) In diesem Bericht wurden die elenden und zum Teil menschenunwürdigen Umstände, in denen psychiatrische Patient*innen leben müssen, angeprangert (vgl. deutscher Bundestag 1973:22) und die Integration der psychiatrischen Versorgung in das allgemeine Gesundheitssystem sowie Hilfe unter Anwendung aller Möglichkeiten ärztlichen, psychologischen und sozialen Wissens gewährt werden (Deutscher Bundestag 1973:12).

So kam es in den Jahren und Jahrzehnten nach der Enquete zu einem Umbau des psychiatrischen Systems in der BRD. Nun möchte ich nur sehr kurz auf die Grundstrukturen des heutigen psychiatrischen Systems eingehen. Mein Fokus liegt dann vielmehr auf der „neuen, humanistischen, von betroffenen getragenen Antipsychiatrie-Bewegung.

Gemäß den Forderungen der Enquete von 1975 , wurden Kliniken infrastrukturell und fachlich modernisiert, verkleinert, und nach Diagnosen und Bevölkerungsgruppen ausdifferenzierte Behandlungsformen geschaffen (vgl Weigand 2015:24). Sozialarbeiterische und psychologisch-therapeutische Techniken wurden miteinbezogen, und Gesetze und Fachstandards zur Regulierung von Zwangsbehandlung geschaffen. Trotzdem ist die Anwendung von Zwang in Form von Fixierungen, erzwungenen Gutachten , Einnahme von Psychopharmaka auch heute noch an der Tagesordnung. Auch offengewaltförmige Therapieformen, wie die Elektrokrampftherapie wurde in den letzten Jahren wieder rehabilitiert (vgl. Weigand 2015:25).

„Neben den Kliniken bestehen weiterhin Heime für „seelisch behinderte“, Obdachlosen- und Pflegeheime. Meist landen hier Menschen „die mehrere Klinikaufenthalte hinter sich haben und als „austherapiert“ und „systemsprengend“ abgestempelt wurden“ (Weigand 2015:25)

Der Maßregelvollzug für aufgrund von psychischer Krankheit schuldunfähigen Delinquenten kennzeichnet sich häufig durch ein besonderes autoritäres Regime und sehr hohem Psychopharmaka-Zwang.

Im Zuge der Reform entstand außerdem ein großer gemeindepsychiatrischer Bereich in Form der Eingliederungshilfe, also betreute stationäre und ambulante Wohnformen. Diese sind häufig eng sozialarbeiterisch kontrolliert, in vielen ist Medikamenteneinnahme Voraussetzung, es existieren starke normative Anforderungen hinsichtlich Habitus, Hygiene und Tagesstruktur. Ziel ist meist die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit (vgl Weigand 2015:26). Weitere wichtige Bestandteile der reformierten Psychiatrie sind die gesetzliche Betreuung die mit einer kompletten Entmündigung der Person einhergeht, sowie der Sozialpsychiatrische Dienst, mit den Aufgaben der aufsuchenden Krisenintervention und Delegation von Betroffenen in den gemeindepsychiatrischen Bereich und der Kontrolle ihrer Entwicklung. Stephan Weigand konstatiert, "er [der sozialpsychiatrische Dienst] hat sich von einer niedrigschwelligen, primär beratende Anlaufstelle zu einer staatlichen Agentur entwickelt, die einerseits die Klient*innen durch das (gemeinde-)psychiatrische System delegiert, andererseits abweichendes Verhalten außerhalb der psychiatrischen Versorgung registriert und umfassend dokumentiert." (Weigand 2015:29) Der SpD nimmt somit eine staatliche Funktion der Kontrolle und Repression war - er hat außerdem die Befugnis Zwangseinweisungen auszusprechen.

Neue, humanistische Antipsychiatrie

Während die Psychiatriekritik der 60er und 70er Jahre weitgehend akademisch und theoretisch geprägt war, wird seit den frühen 80er Jahren eine zunehmend radikale Kritik von Psychiatriebetroffenen selbst gegenüber dem bestehenden System artikuliert. Die Bewegungen fanden in verschiedenen

Ländern statt, die Kritik sollte entlang der Grundforderungen nach einem selbstbestimmten Leben neu formuliert werden (von Trotha, 2001, S. 202).

„Die antipsychiatrischen Klassiker lieferten dabei die theoretischen Argumente, mit denen Betroffene ihr Leiden am Stigma psychiatrischer Diagnosen und an den körperlichen, psychischen und intellektuellen Verstümmelungen durch Psychopharmaka auch intellektuell und begrifflich vermitteln konnten.“ (ebd.)

Die Bewegung wird also getragen von kritischen Betroffenen, oft auch von „zweifachen Expert*innen; Menschen mit Psychiatrieerfahrung und beruflicher Qualifikation im psychosozialen Bereich" (Lehmann 2001a, S. 265).

Die Entwicklung in Deutschland ist im Wesentlichen auf die Berliner Selbsthilfeorganisation Irren-Offensive e. V. zurückzuführen. Gegründet von ehemaligen Psychiatrie-Insassen mit radikal politischem Ansatz (Stöckle, 1983, S. 176), gilt sie seit 10 Jahren auch als Menschenrechtsorganisation.

„Konstituierend sind die Bedingungen, dass ausschließlich für ver-rückt erklärte Menschen an den Entscheidungen beteiligt sind und dass Psychiatrie als Macht und Kontrollapparat sich so wenig wie möglich in der Gruppe reproduzieren darf. Deshalb werden alle Entscheidungen in wöchentlichen Plenumsitzungen getroffen, bei denen jede/r der/die sich selbst als psychiatrisch Verleumdete/r bezeichnet, gleichberechtigtes Mitglied ist.“ (Talbot, 2010, S. 17)

Die Kritik, die sich seit den 80er Jahren bis heute entwickelt hat, stützt sich auf verschiedene Aspekte. Für viele antipsychiatrische Vertreter*innen hat die reformierte Sozialpsychiatrie die vorhergehende Anstaltspsychiatrie nicht überwunden-letztendlich habe sie das psychiatrische System verdoppelt. Zwar kam es durch die Psychiatrie-Enquete zu den notwendigen baulichen Veränderungen, jedoch schaffe das Konzept der Gemeindepsychiatrie ein derartiges „Komplettsystem“, aus dem Betroffene kaum noch den Ausstieg schaffen (Lehmann 2001a, S. 264). Zwangsunterbringung und Zwangsbehandlung in der Psychiatrie bedeutet eine Beschneidung der elementaren Grundrechte auf Freiheit und Selbstbestimmung (Halmi, 2010, S.8), und deren Legitimation durch die Landespsychiatriegesetze widersprechen damit der UN-Behindertenkonvention, die Freiheitsentzug aufgrund einer Behinderung ausdrücklich untersagt. Diese Landesgesetze sind sich im Kern identisch, die legitimieren das Einsperren und Zwangsbehandeln von Menschen, die keinerlei Straftat begangen haben (Halmi, 2010, S. 40).

*„Einmal psychiatrisch diagnostiziert, aktenkundig geworden und somit in das psychiatrisch-staatliche System geraten, erfahren dann viele Betroffene jahrelange Verfolgung durch Psychiater*innen, Behörden und sogenannte sozialpsychiatrische bzw. gemeindepsychiatrische Institutionen“ (ebd.)*

Grundsätzlich lehnt die neue Antipsychiatrie psychiatrische Diagnosen ab:

„Wir glauben nicht an „psychische Krankheit“, sondern daran, dass Verrückt-Sein, Anderssein, außergewöhnliche Wahrnehmungen, für andere Fremde und unverständliche Erfahrungen und Seinsweisen, psychische Ausnahmezustände gute Gründe haben und zum Leben dazugehören“ (Hölling, 2012, S. 58).

Thilo von Trotha schreibt außerdem:

„Einer der zentralen antipsychiatrischen Positionen besteht in der Überzeugung, dass es psychische Krankheit als medizinische Kategorie nicht gibt und das mit der Diagnostizierung einer solchen >Krankheit< neue Problem erst geschaffen werden, statt bei der Lösung der bestehenden zu helfen.“ (Trotha zit. nach Lehmann 2015)

Ein weiterer wichtiger Punkt der Kritiker*innen betrifft Psychopharmaka und den Umgang mit diesen. Die gesamte Bandbreite an Medikamenten sind laut Lehmann (2015) noch immer hochriskant, Nebenwirkungen die das Herz betreffen, Diabetes oder Fettleibigkeit sind nur einige wenige davon. Dennoch bleibe eine Behandlung mit Psychopharmaka bei psychischen Erkrankungen die dominierende Behandlungsform im klinischen Kontext und auch im sozialpsychiatrischen Setting. Auch hier wird die Brücke zu UN-Recht geschlagen: Insofern die zwangsweise Verabreichung von psychiatrischen Drogen bei den Betroffenen körperliche und/oder seelische Leiden hervorrufen, oder gar zu Bewusstseinsveränderungen und Beeinträchtigung der geistigen Fähigkeiten führen, bedeutet das ein Verstoß gegen die Antifolterkonvention der UN (vgl Halmi 2010, S. 44).

Humanistische Antipsychiatrie in der Praxis

Aus den oben genannten Kritikpunkten ergibt sich für die neue AP das Anliegen, Alternativen zu (sozial)psychiatrischen Angeboten für Menschen in psychosozialer Not zu schaffen. Das gestaltet sich insofern als schwierig, da psychiatriekritische Gruppen in aller Regel von staatlicher Förderung ausgeschlossen sind. Das Weglaufhaus Berlin stellt für Deutschland noch immer die einzige Möglichkeit einer Kriseneinrichtung mit antipsychiatrischen Konzept dar. Was politische und Öffentlichkeitsarbeit angeht, sei auf Bundesebene der Bundesverband Psychiatrieerfahrener e. V. genannt, eine gemeinnützige Selbsthilfeorganisation von jetzigen und ehemaligen Psychiatriepatient*innen. Auf internationaler Ebene das Weltnetzwerk von Psychiatriebetroffenen (World Network of Users and Survivors of Psychiatry).

Schlussendlich lassen sich einige Ziele festhalten, die antipsychiatrischen Initiativen, Einrichtungen, und Organisationen gemein sind. Entstigmatisierung von Psychiatrie-Betroffenen, nutzerkontrollierte Projekte, freie Entscheidungsmöglichkeit über die gewünschte Hilfe, Recht auf psychopharmakafreie Hilfe, Abschaffung von Zwangseinweisung und -behandlung.

Quellen:

- Basaglia, Franco: *Die negierte Institution oder die Gemeinschaft der Ausgeschlossenen*. Frankfurt am Main: Suhrkamp
- Cooper, David Graham (1971): *Psychiatrie und Antipsychiatrie*. Frankfurt am Main: Suhrkamp
- Goffman, Erving (1973): *Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*. Frankfurt am Main: Suhrkamp
- Halmi, Alice (2010): *Zwangspanychiatrie: ein durch Folter aufrecht erhaltenes System*. In: „Irren-Offensive e.V.(Hrsg.), *Irren-Offensive: 30 Jahre Kampf für die Unteilbarkeit der Menschenrechte*. Neu-Ulm: Digitaldruck leibi.de
- Hölling, I. (2012): *Weil wir wissen was wir wollen: Die Bedeutung des Erfahrungswissens Psychiatrie-Betroffener beim Aufbau des Berliner Weglaufhauses*. In: Verein zum Schutz vor Psychiatrischer Gewalt e.V. (Hrsg.), *Auf der Suche nach dem Rosengarten: Echte Alternativen zur Psychiatrie umsetzen*. Berlin: TEKTEK
- Lehmann, Peter (2015): *Alte, veraltete und humanistische Antipsychiatrie*
- Stöckle, Tina (1983): *Die Irren-Offensive*. Frankfurt am Main. extrabuchverlag
- Talbot, Rene (2010): *Geschichte der Irren-Offensive*. In: Irren-Offensive e.V. (Hrsg.), *Irren-Offensive: 30 Jahre Kampf für die Unteilbarkeit der Menschenrechte*. Neu-Ulm: Digitaldruck leibi.de
- Von Trotha, Thilo(2001): *Unterwegs zu alten Fragen: Die neue Antipsychiatrie-Bewegung*
- Weigand, Stephan: *Inklusiv und repressiv: Zur Herrschaftsförmigkeit der reformierten Psychiatrie*. In: *Gegendiagnose. Beiträge zur radikalen Kritik an Psychiatrie und Psychologie*

Christina Neubert

Weglaufhaus „Villa Stöckle“

Die Einrichtung existiert seit 1996 und ist eine Kriseneinrichtung der Berliner Wohnungslosenhilfe (nach §§ 67 ff SGB XII) für bis zu ca. 13-BewohnerInnen. Sie zählt zur Bewegung der Neuen Anti-psychiatrie, bei der im Gegensatz zur Antipsychiatriebewegung der 60er und 70er Jahre die Psychiatriebetroffenen selbst die Initiativen maßgeblich selbst tragen. So war die Gründung der antipsychiatrische Selbsthilfegruppe Irren-Offensive e.V. durch Psychiatriebetroffene im Jahre 1988 eine wichtige Basis für den Aufbau des Weglaufhauses. Die Arbeitsweise des Weglaufhauses beinhaltet einen betroffenen- und nutzerInnenkontrollierten Ansatz, eine basisdemokratische Selbstverwaltung und den nachdrücklichen Verzicht auf psychologische-psychiatrische Diagnostik und Zwang. Das Anliegen der Einrichtung ist es, Menschen, die (sozial-) psychiatrische Hilfe für sich nicht Anspruch nehmen wollen, in Krisensituationen antipsychiatrisch begleitet zu werden und mit Hilfe selbstbestimmte zu entwickeln.

Die MitarbeiterInnen des Weglaufhauses sind zu 50 % selbst psychiatriebetroffen, das heißt, dass sie mindestens einmal PatientInnen einer psychiatrischen Klinik waren. Daraus ergibt sich jedoch keinerlei Unterschied zu den anderen 50 % des Personals hinsichtlich der Bezahlung, Tätigkeitsbereich oder Arbeitsgestaltung. Auch sind die psychiatriebetroffenen KollegenInnen in keiner Weise aufgefordert, über ihre Psychiatrieerfahrungen zu berichten oder aktiv in die Arbeit einfließen zu lassen (vgl. Küpper 2014, S. 92 f).

Quellen:

Küpper, Christian (2014): *Erfahrung-Betroffenheit-Emanzipation*. In: Brensell, Ariane, Weber, Klaus (Hrsg.). *Störungen. Texte kritische Psychologie 4*, Hamburg: Argument Verlag

Definitionen

Häusliche Gewalt

„Der Begriff ‚häusliche Gewalt‘ umfasst die Formen der physischen, sexuellen, psychischen, sozialen und emotionalen Gewalt, die zwischen erwachsenen Menschen stattfindet, die in nahen Beziehungen zueinander stehen oder gestanden haben.“ (BIG e.V. 2017)

Formen häuslicher Gewalt:

Physische Gewalt

Bei physischer Gewalt handelt es sich um körperliche Angriffe gegen eine Person. Dazu zählen Schubsen, Stoßen, Ohrfeigen, Schlagen, Würgen, an den Haaren ziehen, Zufügen von Tritt- und Brandwunden oder auch tätliche Angriffe mit Gegenständen, Schlag-, Stich- oder Schusswaffen.

Psychische Gewalt

Handlungen, Verhaltensweisen und Worte, welche die Identität und das Selbstwertgefühl einer Person gefährden und beeinträchtigen werden unter psychische Gewalt zusammengefasst. Dies geschieht bspw. durch Beschimpfungen, Kontrollverhalten, Drohungen, soziale Isolation, Mord- und Suizidandrohungen (auch gegenüber Dritten), Erpressung, Druckausübung durch Beschädigung persönlicher Gegenstände oder dem Quälen bis hin zum Töten von Haustieren.

Sexualisierte Gewalt

Jede Form von Sexualität und Sexualpraktiken gegen den Willen der Frau gelten als sexualisierte Gewalt. Nötigung zu sexuellen Handlungen (auch mit Dritten oder „Verkauf“ an Dritte), sowie jede Erniedrigung im sexuellen Bereich bis hin zur Vergewaltigung oder auch teilweise Genitalverstümmelungen, sind Bestandteil dessen.

Ökonomische Gewalt

Bei der ökonomischen Gewalt wird eine finanzielle Abhängigkeit hergestellt bzw. aufrechterhalten. Dazu gehört keine bzw. ungenügende Geldmittel für den Unterhalt bereit zu stellen, nicht gewollte finanzielle Verpflichtungen aufzwingen, Arbeit oder Ausbildung verbieten oder verhindern, sowie die Arbeitskraft auszunutzen. Die Verfügungsmacht über finanzielle Mittel wird dabei missbraucht.

Soziale Gewalt

Stalking ist elementarer Bestandteil von sozialer Gewalt. Dabei werden Personen durch systematisch zielgerichtetes und beharrliches Verhalten (Verfolgen, Belästigen, Bedrohen, Verleumden) in Angst und Hilflosigkeit versetzt und in Freiheit und Autonomie, durch bspw. Kontaktverbot und Einsperren, eingeschränkt.

Miterlebte Gewalt bei Kindern

Eine weitere wichtige Form der Gewalt ist die miterlebte Gewalt bei Kindern, welche in Gewaltbeziehungen aufwachsen und mitunter ebenfalls misshandelt werden. Jedoch auch wenn sie keine direkte Gewalt erfahren, werden sie Zeugen und somit Opfer miterlebter Gewalt. Sie sehen, hören, spüren Gewalt, die einer wichtigen Bezugsperson zugefügt wird (Diagnose Gewalt).

Professionelle Hilfe

wissenschaftliche Aufarbeitung von Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit, Tripel-Mandat berücksichtigen, reflektiertes Nähe - Distanz Verhältnis zwischen Adressat*in und Sozialarbeiter*in wahren

Psyche

Laut DUDEN wird Psyche als die Gesamtheit des menschlichen Fühlens, Empfindens und Denkens verstanden, wobei diese bewusst und unbewusst erfolgen können. Als Synonym von Psyche kann Seele verwendet werden.

Psychiatrie

Psychiatrie ist eine medizinische Disziplin, welche sich mit den seelischen Krankheiten des Menschen beschäftigt. Außerdem befasst sich die Disziplin mit der Erkennung und Behandlung von Störungen, die im geistigen und psychischen Bereich liegen sowie weiteren Arbeitsschwerpunkten wie der Prävention, Erforschung und Lehre (Vgl. Tölle, Rainer; Windgassen, Klaus (2012): Psychiatrie. Heidelberg, Springer Medizin Verlag.)

Personen, die als Psychiater*in tätig sind, haben grundlegend ein Medizinstudium absolviert und sich erst im zweiten Schritt auf den Bereich Psychiatrie spezialisiert.

Psychische Störungen

Eine einheitliche Definition von psychischen Störungen gibt es nicht, wobei der Begriff Krankheit weitestgehend durch Störung ersetzt wurde. Dafür existiert eine Gesundheitsdefinition der Weltgesundheitsorganisation (WHO), die in diesem Fall Verwendung finden soll. „Gesundheit ist ein Zustand völligen psychischen, physischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen. Sich des bestmöglichen Gesundheitszustandes zu erfreuen ist ein Grundrecht in jeden Menschen, ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Überzeugung, der wirt-

schaftlichen oder sozialen Stellung (Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz: https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit_und_Gesundheitsfoerderung).

Bei den psychischen Störungen lässt sich zwischen zwei Klassifikationssystemen unterscheiden: zum einen gibt es die Internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) der WHO. Bei diesem System werden psychische Störungen in neun Gruppen zusammengefasst. Das andere Klassifikationssystem psychischer Störungen ist das Diagnostische und Statistische Manual (DSM) nach der American Psychiatric Association (Vgl. Döpfer, Manfred (2013): Klassifikation und Epidemiologie psychischer Störungen. In: Petermann, Franz (Hrsg.): Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie. Göttingen, Hogrefe).

Wohnungsnotfall und Wohnungslosigkeit

- siehe Definition der BAG Wohnungslosenhilfe e. V. auf Seite 4