

Position

der BAG Wohnungslosenhilfe e.V.

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

2008 erweitert um Beispiele aus der Praxis



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

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

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

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

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

In den 90er Jahren hat es mehrere Studien zum Ausmaß psychischer Erkrankungen unter wohnungslosen Männern gegeben¹ sowie eine Studie über psychisch kranke wohnungslose Frauen².

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

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

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

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



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

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

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

2. Strukturelle Probleme bei der Kooperation der beteiligten Hilfesysteme

2.1. Die gemeinsame unrühmliche Vergangenheit von Wohnungslosenhilfe und Psychiatrie

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

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

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

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

2.2 Strukturelle Defizite, unregelmäßige Zuständigkeiten, fehlende Kapazitäten und Abwehr

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

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

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

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

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

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

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

3. Problemlagen und Handlungsbedarfe

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

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

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

schlossener Unterbringung oder medikamentöser „Ruhigstellung“.

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

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

3.2. Problembeschreibungen und Handlungsbedarfe aus Sicht der Psychiatrie

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

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

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

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

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

3.3. Problembeschreibungen und Handlungsbedarfe aus Sicht der Wohnungslosenhilfe

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

Desinfektionsmittel müssen zur Verfügung stehen.

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

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

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

4. Rechtliche Rahmenbedingungen

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

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

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

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

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

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

Ausgangspunkt der Hilfen nach §§ 53 ff SGB XII ist immer die besondere Lebenslage des Hilfennehmers, nämlich die festgestellte physische oder psychische Beeinträchtigung. Erst die ärztliche (fachärztliche) Diagnose der Behinderung eröffnet den Weg zur Hilfe. Eine weitere wesentliche Voraussetzung ist die Bestätigung der Diagnose durch die Bereitschaft des Hilfennehmers, die aus fachlicher Sicht notwendige Hilfe in Anspruch zu nehmen. Dies gestaltet den Einstieg in die Hilfen wesentlich problematischer und schwieriger. Die Gewährung von Hilfen nach §§ 53 ff SGB XII definiert das Vorliegen einer drohenden oder manifesten Behinderung, ebenfalls mit dem Ziel der Eingliederung in die Gesellschaft. Hier gilt es, die Sicherung und Wirksamkeit ärztlicher und therapeutischer Maßnahmen zu gewährleisten und so z.B. die Teilhabe am Arbeitsleben auch im Rahmen eines beschützenden Arbeitsplatzes, sicher zu stellen. Die Entwicklung einer Gesamt-(Hilfe) wird hier ausdrücklich gefordert und der Weg zu nachrangigen ergänzenden Hilfen aufgezeigt. Hilfen nach §§ 53 ff SGB XII eröffnet den Weg, die Lebenslage, die durch die ursächliche Behinderung entstanden ist, zu verbessern und somit auch zu einer Verbesserung der persönlichen Lebensverhältnisse beizutragen. Die Ausstattung der Hilfeformen nach §§ 53 ff SGB XII gestaltet sich in der Regel deutlich besser. Dies lässt sich

einerseits aus der Geschichte andererseits aus der Tradition der beiden Hilfeformen erklären und nachvollziehen. Grundsätzlich müssen beide Hilfeformen zu einander finden, unabhängig von der normierten Nachrangigkeit, denn nur gemeinsam wird es möglich, für die Hilfennehmer ein großes Spektrum und eine Verwirklichung der Zielformulierung zu erreichen.

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

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

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

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

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

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



5. Lösungsansätze

5.1 Modelle der Kooperation

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

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

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

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

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

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

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

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

5.2 Wohnformen für psychisch kranke Wohnungslose.

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

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

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

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

6. Forderungen

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

Grundversorgung

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

Wohnungssicherung und Wohnangebote

- rechtzeitiges professionelles Krisenmanagement bei drohendem Wohnungsverlust
- Vorhalten differenzierter geschlechtsspezifischer Wohnangebote mit Einzelzimmern als Standard(möglichst mit eigenem Sanitärbereich) sowie den Anforderungen entsprechende personelle und fachliche Ausstattung

in den Bereichen psychosoziale Betreuung, Hauswirtschaft, Tagesstrukturierungs- und Arbeitsangebote im ambulanten und stationären Bereich. Hierzu sind entsprechende finanzielle Ressourcen zu schaffen und bauliche Voraussetzungen zu erfüllen.

Koordination und Kooperation der Hilfesysteme

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

Fortbildung und Forschung

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

Anmerkungen

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

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

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

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

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

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

Studie	Jahr und Repräsentativität	Prävalenz	Ergebnisse
Fichter, M, u. a.	1996 (deutsch 1997), N= 146; nicht repräsentativ für München, aber ganz München berücksichtigt	Sechs - Monatsprävalenz	Schizophrenie: 9,6 % Affektive Störungen: 24,0 % Angststörung: 14,4 Summe: 48 %
Fichter, M und N. Quadflieg	1997, N=262 nicht-repräsentativ und nur Wohn, Eingliederungs- und Übernachtungsheime; nicht repräsentativ für München	Sechs - Monatsprävalenz	Psychotische Erkrankungen:: 4,2 % Affektive Störungen:: 17,6 % Angststörungen: 20,2 Summe: 43,1 %
Fichter, M., Quadflieg, N., Cuntz, U.	2000; N= 265; repräsentativ für Obdachlose in München	Ein - Monatsprävalenz	Psychotische Erkrankungen:: 6,6 % Affektive Störungen: 16,3 % Angsterkrankungen: 11,6 % Summe: 34,5 %

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



Anhang

Beispiele aus der Praxis

Niedrigschwellige Versorgung psychisch kranker Menschen in der Wohnungslosenhilfe in Frankfurt

1. Regelmäßige Fallbesprechungen und Absprachen unter den aufsuchenden Diensten in Kooperation mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst des Gesundheitsamtes

Es hat sich seit Jahren der regelmäßige Austausch (ca. sechs- bis achtmal pro Jahr) im so genannten „Arbeitskreis Aufsuchende Hilfen“ bewährt. In diesem AK, an dem alle aufsuchenden Dienste innerhalb der Wohnungslosenhilfe in der Stadt teilnehmen, werden „Problemfälle“ von psychisch kranken Menschen, die bislang nicht in eine Unterkunft oder Wohnung zu vermitteln sind, miteinander besprochen und z.B. Zielsetzungen und Case Management abgesprochen und festgelegt.

In Einzelfällen ergeben sich hieraus weitere „Helferkonferenzen“, zu der auch andere Dienste hinzu gezogen werden können und das Case Management neu festgelegt wird.

2. Niedrigschwelliges fachärztliches Behandlungsangebot

Seit mehr als einem Jahr bewährt sich das kontinuierliche Behandlungsangebot einer fachärztlichen Kollegin jeweils an einem Nachmittag pro Woche. Zu dieser Sprechstunde können die hauptamtlich tätigen Allgemeinmedizinerinnen gezielt psychiatrische PatientInnen einbestellen. So kann in Einzelfällen langsam mit einer medikamentösen Therapie begonnen werden, Klinikweisungen vorbereitet und/oder unterstützt werden. das gleichzeitig weiter vorgehaltene pflegerische Angebot erleichtert oftmals den Zugang zur Psychiaterin. Unregelmäßigkeiten des Angebotes fördern Therapieabbrüche bzw. erschweren den Beziehungsaufbau.

3. Langjährige Kooperation mit einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) mit Geh-Struktur

Seit mehreren Jahren kooperiert die Institutsambulanz Klinik Bamberger Hof mit den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe, u.a. auch der Elisabeth-Strassenambulanz. Es gibt gemeinsame „Straßenbesuche“ bei psychiatrischen PatientInnen, enge Absprachen zwischen den ärztlichen KollegInnen und dem ebenfalls aufsuchend tätigen Fachbereichspfleger. Darüber hinaus werden die KollegInnen der Klinik Bamberger Hof von der Elisabeth-Strassenambulanz zu den einrichtungsinternen Fallkonferenzen mit Professor Dr. Klaus Nouvertné in Kooperation mit anderen Diensten der Wohnungslosenhilfe eingeladen.

4. Unterbringung in niedrigschwelligen Angeboten und langsamer Aufbau einer fachärztlichen Mitbetreuung

Ein über viele Jahre hinweg psychiatrisch auffälliger, älterer Patient wurde zum Beispiel in einem Krankenzimmer in der Übernachtungsstätte Ostpark untergebracht. Über

kontinuierliche Pflege und Vermittlung der Elisabeth-Strassenambulanz konnte letztlich auch die fachärztliche Mitbehandlung eingeleitet und sichergestellt werden. Ein ambulanter Pflegedienst ist eingerichtet, zur Sicherstellung der Medikamentengabe. Mit dem gesetzlichen Betreuer wurden vereinfachte Verfahren zur Auszahlung des Sozialgeldes und die Einrichtung von „Essen auf Rädern“ zur Sicherstellung der Ernährung geklärt. Die mitbetreuenden Sozialarbeiter der Caritas übernahmen die Weitervermittlung des Klienten in einen geeigneten Wohnraum bzw. eine Einrichtung für psychisch kranke Menschen.

5. Regelmäßige Kontaktaufnahme „vor Ort“ mit dem Ziel der Vermittlung in eine „adäquate“ Unterkunft.

In anderen Fällen muss oft über viele Monate oder Jahre hinweg eine kontinuierliche Kontaktaufnahme am „Stammplatz“ oder „Schlafplatz“ vorgenommen werden, ehe z.B. auch der Besuch eines Mitarbeiters der Klinik Bamberger Hof oder die vermittelnden Angebote durch den aufsuchenden Sozialdienst zugelassen werden. Gezielt suchen ein Krankenpfleger und die Ärztin im Team gemeinsam mit einem Sozialarbeiter auch 14-tägig abends zwischen 19.00 und 23.00 Uhr Plätze, Parks und Übernachtungsplätze von offensichtlich psychisch auffälligen Wohnungslosen auf, um erste Kontakte herzustellen. Oft kann eine weitergehende Unterbringung nicht erreicht werden, da viele der zu Verfügung stehenden Möglichkeiten zu hochschwellig sind. Es fehlt in Frankfurt an niedrigschwelligen kleinen Unterkünften für psychisch kranke Wohnungslose (z.B. Hotel Plus), insbesondere für Frauen.

6. Vermittlung an und Kooperation mit anderen Hilfeangeboten im Bereich „Betreutes Wohnen“

Im Falle einer Vermittlung in eigenen Wohnraum ist es nicht nur sinnvoll, sondern durch kontinuierlichen Vertrauensaufbau im Einzelfall auch zu erreichen, dass anschließend die Betreuung durch ein eigens im Umgang mit psychisch kranken Menschen geschultes Team, erfolgt. In diesen Fällen können auch die Angebote des sozialpsychiatrischen Dienstes hilfreich sein. Ist die direkte Anbindung an ein Betreutes Wohnen nach § 53 SGBXII nicht möglich, werden in der Regel die Klienten vorerst in das Betreute Wohnen für ehemals Wohnungslose nach § 67 SGBXII aufgenommen und zielorientiert in den 53er Bereich überführt. Ebenso wichtig ist im Einzelfall die Anregung einer gesetzlichen Betreuung oder – sofern bereits vorhanden – die Hilfestellung bei der regelmäßigen Kontaktaufnahme zum Betreuer.

7. Öffentlichkeit schaffen – um Verständnis werben

Die Ambulanzen der Wohnungslosenhilfe in Frankfurt beteiligen sich an den regelmäßig stattfindenden Psychiatrietagen, veranstaltet durch die freien Träger und die sozialpsychiatrischen Dienste der Stadt Frankfurt. Im Rahmen öffentlicher Veranstaltungen diskutieren und bearbeiten FachkollegInnen und Experten aktuelle Fragen der gemeindenahen Psychiatrie. Gerade hier gilt es die Erfahrungen im Umgang und in der Behandlung von kranken wohnungs-

losen Menschen einzubringen. Dies dient nicht nur einem besseren Verständnis in der Fachwelt und Öffentlichkeit. Derartige Veranstaltungen helfen auch zur besseren Vernetzung mit dem psychiatrischen Hilfeangebot.

Kontakt:

Caritasverband Frankfurt
Elisabeth-Straßenambulanz
Dr. Maria Goetzens
Allerheiligenstraße 30
60313 Frankfurt
Tel.: (0 69) 92 87 04 67,
E-Mail: elisabeth-strassenambulanz@caritas-frankfurt.de

Niedrigschwellige und aufsuchende psychiatrische Arbeit für Wohnungslose in Hamburg

In Hamburg gibt es seit ca. zehn Jahren einen Arbeitskreis "psychisch krank und obdachlos" mit MitarbeiterInnen aus der Wohnungslosenhilfe, vereinzelt auch aus dem Bereich der Hilfen für psychisch Kranke. Dieser AK trifft sich alle zwei Monate zu einem bestimmten Thema (zuletzt mehrmals zu Zwangsräumungen) und hat das Ziel der Vernetzung mit dem bestehenden Psychiatriesystem. Die Mitglieder merken immer wieder, dass sie bei den Mitarbeitern der ambulanten und stationären Hilfen keine offenen Türen einrannen. Alle signalisierten, dass sie komplett ausgelastet seien und keine zusätzlichen Kapazitäten für die Gruppe der psychisch kranken Wohnungslosen hätten. So ist es nur der langjährigen Hartnäckigkeit des AK und einzelner Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe zu verdanken, dass es inzwischen in Hamburg überhaupt aufsuchende psychiatrische Hilfen gibt:

Für die stationäre Versorgung psychisch Kranker in den Kliniken ist Hamburg geographisch in so genannte Sektoren aufgeteilt, der Wohnort des Patienten entscheidet darüber, wo er aufgenommen wird, nicht der Wunsch des Patienten. Alle Obdachlosen (o.f.W.) gehören im Fall einer stationären psychiatrischen Aufnahme ins KNO.

Die psychiatrische Institutsambulanz (PIA) des Asklepios Klinikum Nord (KNO, früher Krankenhaus Ochsenzoll) und das Krankenhaus Bethesda in Hamburg Bergedorf sind die einzigen PIAs, die Psychiater in Einrichtungen schicken. Eine Ärztin aus dem KNO betreut die Übernachtungsstätte für Frauen ("Frauenzimmer"), eine Wohneinrichtung mit Appartements (Notkestraße), beides Einrichtungen von „fördern und wohnen“, und die Tagesstätte "Kemenate Frauentreff".

Ein Arzt des KNO sucht regelmäßig das Jakob Junker Haus (Heilsarmee, stationäre Einrichtung) auf. Beide Ärzte rechnen über die Chipkarte der PatientInnen für die PIA ab und können Medikamente rezeptieren. Beide sind mit der Sozialarbeit und der somatischen Sprechstunde (Notkestraße) vor Ort vernetzt.

Ein Psychiater aus dem Bergedorfer Krankenhaus bietet einmal wöchentlich eine Sprechstunde in einer nahe gelegenen Wohnunterkunft von P&W an.

Da für Wohnungslose in Übergangswohneinrichtungen die Klinik zuständig wäre, in deren Sektor das Haus liegt, wäre es wünschenswert, dass auch andere Kliniken über ihre PIAs aufsuchen. Dies geschieht nicht mit den Begründungen, dass die zeitliche Ressourcen nicht vorhanden und dass die Fallzahlen der PIAs gedeckelt seien, die Versorgung also nicht abgerechnet werden könne.

Seit Mai 2008 sucht eine Psychiaterin psychisch kranke Obdachlose in der Hamburger Innenstadt auf. Diese Arbeit wird aus Spendenmitteln finanziert und umfasst sechs Stunden pro Woche.

Die TAS Bundesstraße hat einen eigenen runden Tisch im Bezirk Eimsbüttel gegründet zusammen mit der Tagesaufenthaltsstätte für Frauen "Kemenate", an dem der Sozialpsychiatrische Dienst Eimsbüttel und die PIA Uniklinikum Eppendorf (UKE) teilnahmen. Dadurch konnte erreicht werden, dass ein Psychiater des SpD Eimsbüttel einmal im Monat in die TAS kommt.

Da der SpD keinen Behandlungsauftrag hat, werden von dem Kollegen keine Medikamente verordnet.

Probleme haben weiterhin die anderen Bezirke, in denen sich weder der SpD noch die PIAs für niedrigschwellige Versorgung psychisch kranker Wohnungsloser zuständig fühlen.

Ferner ist es schwierig, die Sektorenaufteilung zu überwinden, wenn etwa ein Patient nicht in das für ihn zuständige Krankenhaus möchte.

Die Kooperation mit niedergelassenen Psychiatern ist bis auf wenige Ausnahmen nicht gut. Das liegt daran, dass die Praxen hochschwierig arbeiten, sich, wie andere Fachdisziplinen auch, immer weniger Zeit pro Termin pro Patient nehmen, Termine mit Vorlaufzeiten von Wochen bis Monaten vergeben und signalisieren, dass auch sie immer mehr Fälle nicht abrechnen können, weil die Fallzahlen gedeckelt sind.

Ein weiteres Problem liegt in der bisher unzureichenden Vernetzung mit den Amtsgerichten, die für Betreuungsangelegenheiten zuständig sind. Wenn Mitarbeiter der Wohnungslosenhilfe eine Betreuung anregen, gestaltet sich die Kommunikation mitunter sehr schwierig, auch Eilanregungen haben zum Teil einen erheblichen zeitlichen Vorlauf.

Kontakt:

Dr. Frauke Ishorst-Witte
Tagesaufenthaltsstätte u. Sozialberatung für wohnungslose Menschen
Diakonisches Werk Hamburg - Diakonie-Hilfswerk
Bundesstr. 101
20144 Hamburg
Tel.: (0 40)40 17 82-11, E-Mail: tas@diakonie-hamburg.de

Niedrigschwellige psychiatrische Behandlung in Köln

Als Beispiel für ein gelungenes niedrigschwelliges psychiatrisches Angebot für Wohnungslose in Köln ist die Kooperation der Suchtambulanz der Rheinischen Kliniken Köln mit den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe des Johan-



nesbundes (Männerwohnheim Annostraße und Stolze-straße) zu nennen. Dort fand in Zusammenarbeit mit dem Sozialdienst vor Ort bis vor kurzem wöchentlich, wegen Personalmangel in der Klinik z.Zt 14-tägig, eine aufsuchende Sprechstunde statt. Neben der Vermittlung in Entgiftungsbehandlung bei Suchtmittelkonsum, vor allem Alkoholmissbrauch, können hier auch andere psychiatrische Erkrankungen wie Psychosen medikamentös behandelt werden. Aufgrund der Kooperation mit dem Mobilen medizinischen Dienst des Gesundheitsamtes ist es z.B. möglich, eine regelmäßige Neuroleptika-Depot-Medikation zu verabreichen, ohne dass der Pat. dafür in die Klinik oder zum niedergelassenen Psychiater muss. Dieses Vorgehen hat in zahlreichen Fällen zu einer gesundheitlichen und auch sozialen Stabilisierung von psychiatrischen Drehtürpatienten geführt.

Daneben gibt es natürlich zahlreiche psychiatrische Patienten in ambulanten Einrichtungen ohne eine solche Behandlungsmöglichkeit. Es besteht eine enge Zusammenarbeit zwischen den Mitarbeitern des Mobilen med. Dienstes und des Psychiatern des sozialpsychiatrischen Dienstes. Eine ambulante Behandlung ist hier jedoch nicht möglich, da der Auftrag fehlt und meist eine notfallmäßige Aufnahme mit Vordergrund steht. Eine aufsuchende psychiatrische Behandlung in den ambulanten Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe wäre wünschenswert, ist aber von den Rheinischen Kliniken nicht zu leisten. Ähnlich wie in Hamburg ist die Vermittlung zu niedergelassenen Psychiatern nur in Ausnahmefällen erfolgreich.

Kontakt:

Gesundheitsamt der Stadt Köln
 Hildegard Erber
 Neumarkt 15-21
 50667 Köln
 Tel.: (02 21)22 12 47 91,
 E-Mail: Hildegard.Erber@STADT-KOELN.de

Vernetzung und Kooperation zwischen der Wohnungslosenhilfe des Diakonischen Werkes und dem gemeindepsychiatrischen Verbund in der Stadt Mainz

Einleitung

Psychisch kranke Menschen tauchen zunehmend im Arbeitsfeld der Wohnungslosenhilfe auf. Viele von ihnen ignorieren offensichtlich das psychiatrische Hilfesystem, das speziell für sie vorgehalten wird. Zum Teil sind die Hürden der psychiatrischen Versorgung zu hoch.

Sie fühlen sich nicht verrückt und lehnen folgerichtig psychiatrische Behandlung ab. In den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe finden sie Nischen, in denen sie relativ frei von therapeutischen Ansprüchen ihre existenziellen Grundbedürfnisse befriedigen können. Viele kommen in diesem Rahmen gut zurecht und werden von den Besuchern und Mitarbeitern geduldet. Problematisch wird es bei extrem verhaltensauffälligen Klienten, die ständig Grenzen über-

schreiten und keine Regeln einhalten. Sie fordern viel Aufmerksamkeit, lehnen weiterführende Hilfeangebote häufig ab und sind in Folge dessen nur schwer zu ertragen.

Die MitarbeiterInnen fühlen sich überfordert und erklären sich für dieses Klientel als nicht zuständig. Eine Anbindung an das psychiatrische Hilfesystem ist angesichts der fehlenden Krankheitseinsicht nur selten möglich. Außerdem sind die Zugangsschwellen vieler psychiatrischer Dienste und Kliniken sehr hoch.

Diese doppelt bedürftigen Klienten müssten eigentlich besonders intensiv betreut und behandelt werden. Leider ist häufig das genaue Gegenteil der Fall. Die Gräben zwischen den verschiedenen Hilfesystemen klaffen so weit auseinander, dass die Klienten ins Leere fallen und auf der Straße landen und dort verelenden.

Um diese Problematik erklären zu können, ist es hilfreich, die geschichtliche Entwicklung der beiden Hilfesysteme näher zu betrachten.

Geschichtlicher Exkurs

Im Rahmen der Psychiatriereform wurden seit Mitte der 70iger Jahre im stationären Bereich Betten abgebaut und gemeindenaher ambulante Versorgungsangebote installiert (zum Beispiel psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen, betreute Wohngruppen, Tagesstätten, Institutambulanz und Tageskliniken). Allerdings wurden über diese neuen ambulanten Angebote in der Regel nur die psychisch kranken Menschen erreicht, die eine gewisse Krankheitseinsicht hatten und bereit waren, von sich aus professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. Die Menschen ohne Krankheitseinsicht und ohne Veränderungswunsch blieben auf der Strecke und landeten in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe, weil die Zugangsschwellen dieser Hilfeangebote sehr viel niedriger waren.

Die MitarbeiterInnen der Wohnungslosenhilfe versuchten zunächst, diese neuen, auffälligen Klienten nicht zu stigmatisieren und „ganz“ normal zu behandeln. Schon bald fühlten sie sich von dieser Gruppe der massiv verhaltensauffälligen psychisch Kranken aber erheblich überfordert und erklärten sich für nicht zuständig.

Beide Bereiche – Psychiatrie und Wohnungslosenhilfe – kooperierten kaum miteinander. Viele psychisch Kranke blieben unversorgt und landeten auf der Straße.

Genauso stellte sich die Situation auch in Mainz dar.

Um Lösungen aus diesem Dilemma zu finden, haben sich 1996 Vertreter des Arbeitskreises „Psychosoziale Versorgung“ und der Wohnungslosenhilfe zusammengesetzt und den Beschluss gefasst, miteinander zu kooperieren.

Gemeinsam kamen wir zu der Erkenntnis, dass sich dieser Teufelskreis nur durch folgende Maßnahmen durchbrechen lässt:

- Kooperation der verschiedenen Hilfesysteme
- Enge regionale Vernetzung der Hilfen
- Verbindliche Abklärung der Zuständigkeiten
- Casemanagement
- Aufsuchende Arbeit
- Niederschwellig konzipierte Hilfeangebote

- Lebensweltorientierte Behandlungsformen
- Individuelle Hilfepläne

Nach langen Debatten und intensiven konzeptionellen Überlegungen haben wir uns entschlossen, Hilfeangebote für diesen Personenkreis zu entwickeln und anzubieten. Seit 1999 führen wir ambulante Maßnahmen gemäß §39 BSHG bzw. §53 SGB XII für psychisch kranke Menschen in Wohnungsnot durch – zwischenzeitlich ein wesentlicher Schwerpunkt unserer Arbeit.

Vernetzung und Kooperation

Wir möchte nun berichten, wie die Vernetzung zwischen Wohnungslosenhilfe und gemeindepsychiatrischem Hilfeverbund in Mainz zustande gekommen ist und wie die Kooperation konkret aussieht.

Unsere ersten Erfahrungen mit intensiver Kooperation und interdisziplinärer Zusammenarbeit haben wir im Rahmen eines medizinischen Versorgungsmodells gemacht.

Prof. Dr. Gerhard Trabert, Sozialarbeiter und Mediziner, hat Anfang der 90iger Jahre im Rahmen seiner Dissertation in Mainz den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten Wohnungsloser erforscht und beschrieben. Angesichts der fatalen Untersuchungsergebnisse entschlossen wir uns zu handeln und entwickelten gemeinsam mit ihm ein niederschwelliges medizinisches Versorgungsmodell für wohnungslose Menschen, das als „Mainzer Modell“ bundesweit Beachtung fand und seit über zehn Jahren besteht.

Der Erfolg dieser Initiative beruht auf der engen Kooperation zwischen Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe und Diensten des Gesundheitswesens.

Angesichts der guten Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit Ärzten und Pflegekräften der Medizinischen Ambulanz nahmen wir Kontakt zum Sozialpsychiatrischen Dienst auf und baten um Durchführung regelmäßiger Sprechstunden für psychisch Kranke in Räumlichkeiten unserer Fachberatungsstelle. Unser Anliegen stieß auf offene Ohren – eine Mitarbeiterin des Sozialpsychiatrischen Dienstes erklärte sich bereit, einmal wöchentlich eine Sprechstunde in unserem Hause anzubieten. Neben konkreten Beratungsgesprächen und Begutachtungen von Patienten führte sie auch Fallbesprechungen mit unserem pädagogischen Personal durch. Dies wurde als außerordentlich hilfreich empfunden, vor allem wenn die psychiatrische Diagnose unklar war oder Kriseninterventionsmaßnahmen anstanden.

Über diese Zusammenarbeit wurde relativ schnell deutlich, dass viele unserer Klienten an einer behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankung litten und somit zum Personenkreis des damaligen § 39 BSHG gehörten, und Eingliederungshilfen in Form von psychosozialer Einzelbetreuung benötigten.

Da eine Anbindung unserer Klientel an die damals bestehenden psychiatrischen Dienste und Einrichtungen kaum möglich war, entschieden wir uns nach Absprache mit dem Amt für soziale Leistungen und dem Sozialpsychiatrischen Dienst, selbst psychosoziale Betreuungen zu konzipieren und anzubieten.

Bei unseren konzeptionellen Überlegungen spielte die Verbesserung der Kooperation und die Vernetzung mit den Diensten und Einrichtungen des Gemeindepsychiatrischen Hilfeverbundes eine wesentliche Rolle.

Im Rahmen der Umsetzung des PsychKG wurde in Mainz 1998 eine Koordinierungsstelle für gemeindenaher Psychiatrie eingerichtet. Wir luden den neuen „Psychiatriekoordinator“ für einen Vormittag in unsere Fachberatungsstelle ein, um ihm die besondere Problematik unserer Klientel hautnah verdeutlichen zu können. Seit diesem Kontakt haben wir in ihm einen wichtigen Fürsprecher gefunden und viel Unterstützung erhalten.

Beispielsweise hat er uns für die Qualifizierung und Fortbildung der MitarbeiterInnen im Bereich Sozialpsychiatrie Finanzmittel zur Verfügung gestellt.

Die Stadt Mainz wurde im Jahr 2000 von der „Aktion Psychisch Krank (APK)“ als Modellregion zur Implementierung personenzentrierter Hilfen ausgewählt. Das Projekt lief über einen Zeitraum von drei Jahren und wurde vom Geschäftsführer der APK, Herrn Krüger, begleitet. In diesem Zusammenhang wurde eine Steuerungsgruppe installiert, an der Andreas Pitz als berufenes Mitglied und Vertreter des Diakonischen Werkes regelmäßig teilgenommen hat. Diese Planungsgruppe war ein außerordentlich wichtiges Gremium, um auf die besonderen Bedarfe wohnungsloser Menschen und die Arbeitsansätze der Wohnungslosenhilfe hinweisen zu können und aufmerksam zu machen.

Eine wesentliche Rolle für die Vernetzung und Kooperation hat die regelmäßige Teilnahme an der „Hilfeplankonferenz“ (HPK) eingenommen. Im Rahmen der Implementierung der personenzentrierten Hilfen wurde dieses Gremium fest installiert und war Dreh- und Angelpunkt der Hilfeplanung und Hilfgewährung für Menschen mit einer seelischen Behinderung.

An dieser „Hilfeplankonferenz“ nehmen berufene Vertreter des örtlichen und überörtlichen Kostenträgers, Mitarbeiter des Sozialdienstes der psychiatrischen Universitätsklinik, eine Psychiaterin des sozialpsychiatrischen Dienstes und Vertreter aller Dienste und Einrichtungen, die Hilfen für psychisch Kranke anbieten, teil. Der Psychiatriekoordinator moderiert und leitet die Sitzungen. Klienten, über deren Hilfebedarf beraten wird, können, müssen aber nicht teilnehmen. Die HPK findet zwischenzeitlich zweimal monatlich statt.

Die Teilnehmer der Hilfeplankonferenz beraten über den Hilfebedarf und erarbeiten eine fachliche Empfehlung, die in der Regel direkt während der Sitzung vom Vertreter des Amtes für soziale Leistungen bewilligt wird. Die detaillierte Hilfeplanung erfolgt im Vorfeld gemeinsam mit dem Klienten und allen beteiligten Diensten (z. B. Kliniksozialdienst, Gesetzlicher Betreuer und Maßnahmeträger) unter zu Hilfe-nahme des sogenannten „IBRP“ (Integrierter Behandlungs- und Rehabilitationsplan) als verbindlich vorgeschriebenes Hilfeplaninstrument. Seit 2003 wird in Rheinland – Pfalz der sogenannte „IHP“ (Individueller Hilfeplan) angewandt, der dem „IBRP“ ähnlich ist.



Über die konkrete und detaillierte Schilderung der Problemlagen und Hilfebedarfe wohnungsloser Klienten hat die Arbeit der Wohnungslosenhilfe im Vergleich zu früher sehr viel mehr Ansehen und Akzeptanz gewonnen.

Eine Besonderheit der personenzentrierten Hilfeplanung ist, dass unterschiedliche Hilfen von verschiedenen Trägern erbracht werden können, wenn dies notwendig ist. Darüber kann beispielsweise zusätzlich zu unserer sozialpädagogischen Unterstützung noch psychologische Beratung gewährt werden. Allerdings muss bei solchen Konstellationen klar geregelt sein, wer die fallverantwortliche Bezugsperson ist, die den Klienten bei komplexen Hilfebedarfen begleitet.

Bei Klienten, die sich in Mehrfachproblemlagen befinden, hat sich die gemeinsame Hilfeplanung und Hilfestellung mit originären Diensten des gemeindenahen psychiatrischen Hilfeverbundes außerordentlich bewährt.

Bei Kriseninterventionsmaßnahmen oder schwerwiegenden und weitreichenden Entscheidungen ist diese Zusammenarbeit sehr wichtig und hilfreich. Wenn Entscheidungen über das Schicksal eines Menschen auf mehrere Schultern verteilt werden, ist das für alle Beteiligten entlastend und hilft, Fehlentscheidungen zu verhindern.

Gut bewährt hat sich ebenfalls die aufsuchende medizinische Behandlung und Betreuung durch die Institutsambulanzen. Für Patienten, die keine Krankheitseinsicht und wenig Compliance haben, sind solche nachgehenden Versorgungsstrukturen enorm effektiv und können zu einer deutlichen Stabilisierung der Lebensverhältnisse chronisch kranker Menschen beitragen.

Zu guter Letzt möchten wir noch auf die kreativen Formen kollegialer Supervision und Fortbildung aufmerksam machen (Themenschwerpunkte: psychiatrische Krankheitsbilder, Krisenintervention, Einführung in den IBRP, Zwangsunterbringung, etc.), die zu Zeiten knapper Kassen viel mehr Anwendung finden sollten.

Wolfgang Müller, Andreas Pitz, Tanja Scherer

Kontakt:

Andreas Pitz

Bildstockshohl 5

55283 Nierstein

Tel.: (0 61 33) 5 83 44,

E-Mail: pitz-nierstein@t-online.de

Psychisch kranke Wohnungslose im Blickfeld der Wohnungslosenhilfe in München

Entwicklungen

Die Versorgung psychisch kranker Wohnungsloser rückte seit 1990 immer stärker in die Betrachtung der Wohnungslosenhilfe. Diese Menschen galten zunächst im Rahmen der Versorgung in der Wohnungslosenhilfe als eher „komisch“ und „ein wenig integrierbar“. Dies wurde auch darin deutlich, dass sowohl die ambulante, wie auch die stationäre Hilfe keine adäquaten Hilfeangebote bieten konnten.

Auffallend war jedoch, dass psychisch kranke, wohnungslose Menschen auch in Systemen der psychiatrischen Versorgung keine adäquate Hilfestellung erhielten und teilweise „auf der Straße entlassen wurden oder in der niedrigschweligen stationären Wohnungslosenhilfe landeten.

Die spezielle Münchner Situation

Die unzureichende Versorgung psychisch kranker Wohnungsloser stellte sowohl die ambulante, als auch die stationäre Hilfe in München vor neue Aufgaben. 1990 wurde im Katholischen Männerfürsorgeverein München e.V. (KMFV) ein Papier zur Versorgung von psychisch kranken Wohnungslosen vorgelegt. Hier wurde erstmals in der Münchener Wohnungslosenhilfe thesenartig formuliert, dass es psychisch kranke Wohnungslose gibt, die einer intensiven Betreuung bedürfen. Der Autor des Papiers,

1994 Die sogenannte „Fichter-Studie“

Ab 1994 widmete sich ebenfalls in München der Psychiater und Nervenarzt Prof. Dr. Manfred Fichter, Leiter der Abteilung Epidemiologie und Evaluation an der Psychiatrischen Universitätsklinik der Ludwig-Maximilian-Universität München, der Frage, inwieweit psychische Erkrankungen unter wohnungslosen Menschen zu diagnostizieren sind. Das Ergebnis der Studie, welches schon ab 1996 in unterschiedlichen Veröffentlichungen dargelegt wurde, war:

- 93,2 % der wohnungslosen Menschen auf der Straße leiden unter einer psychischen Erkrankung.
- 72,7% der wohnungslosen Menschen sind alkoholabhängig.
- In München leben ca. 600 Menschen auf der Straße.

In vielen Fachkreisen wurden die Ergebnisse kontrovers diskutiert. Manche empfanden die Prävalenzzahlen als zu hoch eingeschätzt, andere sahen in der Studie eine weitere Stigmatisierung der Wohnungslosen. Meistens jedoch wurden die Ergebnisse, auch nach kritischer Betrachtung, als zutreffend erkannt. Die Darstellung der Problemlage von wohnungslosen Menschen wurde erstmals in einer groß angelegten Studie adäquat und wissenschaftlich fundiert dargestellt (vgl. Fichter et al. 2000).

1997 KMFV-interne Fichter-Studie

Angestoßen durch diese Studie beauftragte der Katholische Männerfürsorgeverein die Forschungsgruppe von Prof. Fichter 1997 mit einer Vergleichsstudie zur Situation in den Einrichtungen des KMFV. Insgesamt wurde eine Zufallsstichprobe von 40% der betreuten Bewohner (N=276) untersucht. Mit dieser Studie konnte der Vorwurf entkräftet werden, psychisch kranke Wohnungslose leben eher auf der Straße als in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe. Das Ergebnis war:

- 77,9% der betreuten Bewohner im KMFV weisen eine psychische Erkrankung auf...
- 46,9% leiden unter einer Alkoholabhängigkeit...
- Der Anteil der Menschen mit Mehrfachdiagnosen (Lifetime) liegt bei über 48 %...

Die Verwaltungen bei Stadt und überörtlichem Kostenträger waren über solch hohe Prävalenzraten auch in den Einrichtungen eher überrascht, als die Vertreter der Wohnungslosenhilfe selbst (vgl. Fichter et al. 1997).

1999 Tagung zur Gesundheit von wohnungslosen Menschen

Am 25. und 26. Februar 1999 wurde in München die Tagung Facetten der Wohnungslosigkeit durchgeführt. Diese erste bundesweite Tagung zum Thema Gesundheit Wohnungsloser mit dem Schwerpunkt der Betrachtung von seelischen Erkrankungen bei Wohnungslosen, zeigte neue Wege in der Arbeit mit Wohnungslosen auf. Federführend waren an dieser Tagung der Bayerische Forschungsverbund Public Health, die Psychiatrische Klinik und Poliklinik der Universität München (LMU) und der Katholische Männerfürsorgeverein München (KMFV) beteiligt. Die Resonanz war beachtlich (vgl. Materialien zur Wohnungslosenhilfe Heft 43, 2000).

2000 Bedarferhebung in der Langzeithilfe

Im Rahmen einer kleineren Untersuchung wurde von Reifferscheid KMFV-intern der Hilfebedarf in der Langzeithilfe detailliert analysiert und beschrieben. Wesentliches Ergebnis dieser Untersuchung war:

- Intensive pädagogische Hilfestellung ist in der Langzeithilfe notwendig.
- Der Erhalt lebenspraktischer Fähigkeiten muss durch Fachkräfte unterstützt werden.
- Tagesstrukturierende Maßnahmen sind auch in der Langzeithilfe dringend geboten, möchte man den Rückzug der Bewohner vermeiden und die Beteiligung am Alltagsgeschehen sichern.

Viele, auch einfache Verrichtungen und Tätigkeiten müssen qualifiziert unterstützt werden (z.B. Behördengänge). Ohne sozialpädagogische Hilfe sind viele Fähigkeiten nicht mehr zu aktivieren. Auch der pflegerische Hilfebedarf (Hygiene, Versorgung, Arztbesuche, Medikamenteneinnahme) wurde untersucht. Wesentlich war, darzustellen, dass sozialpädagogische und pflegerische Hilfe in der Langzeithilfe, neben der Sicherung der Grundversorgung, Hand in Hand gehen (vgl. Reifferscheid 2006).

2002 Romaus/Gaupp Studie

Im Jahre 2002 wurde die Gruppe für Sozialwissenschaftliche Forschung in München vom Zentralverband sozialer Heim und Werkstätten Freiburg (ZHW) unter Beteiligung der Landeshauptstadt München und dem Katholischen Männerfürsorgeverein München (KMFV) beauftragt, eine Studie zur qualitativen Beschreibung der Problemlage in der Versorgung von psychisch kranken Wohnungslosen zu erstellen. In Leitfaden gestützten qualitativen Interviews wurden sowohl Betroffene wie auch Personal zur Situation in den Einrichtungen befragt. Die Strukturanalyse und Befragung der Mitarbeiter führte der Psychologe Rolf Romaus, die Exploration der Bewohner übernahm die Psychiaterin Frau Dr. Beate Gaupp. Das Ergebnis der Studie stellte sich wie folgt dar:

- Wesentliche strukturelle Verbesserungen sind gewünscht (Veränderung des Personalschlüssels, Einzelzimmer, Tagesstrukturierende Angebote).
- Die Vernetzung des Hilfesystems als wichtiger Baustein in der Versorgung wird eingefordert, insbesondere die verlässliche Kooperation zwischen Wohnungslosenhilfe und Psychiatrie.
- Forderung nach einer spezifischen Einrichtung für psychisch und/ oder suchtkranke wohnungslose Menschen.

Diese Studie rundet das Gesamtbild einer wirksamen, differenzierten Hilfe ab, das in Grundkonturen schon länger deutlich war (vgl. Romaus/Gaupp; 2003).

Quantitative Bewertung

Fasst man die Entwicklung quantitativ, stellt sich Wohnungslosigkeit in München wie folgt dar:

- 600 Menschen leben auf der Straße 1300 Männer leben in Einrichtungen (davon ca. 1000 Plätze im KMFV)
- 270 Frauen leben in Einrichtungen
- 1000 Menschen sind in Pensionen, Notunterkünften, Notquartieren untergebracht

Wirkungen

Die Diskussion um strukturelle Veränderungen und die wissenschaftliche Aufbereitung zeigten konkrete Verbesserungen in der Versorgung.

- Setzen neuer Mindeststandards im großstädtischen Bereich der Wohnungslosenhilfe (Ein- und Zwei-Bettzimmer; spezifische neue Arbeitsfelder)
- Ausdifferenzierung der qualifizierten Hilfe (Nachtdienst, Pflegepersonal, Betreuungsassistenten)
- Umbau und Neuerrichtung von Einrichtungen entsprechend der modernen Anforderungen (Heimgesetz)
- Verbesserung der Personalschlüssel

Konkret bedeutet dies in München:

- 2004: Gründung einer Einrichtung für psychisch kranke wohnungslose Menschen (51 Betten)
- 2005: Neubau einer Einrichtung in der Langzeithilfe (Einzelzimmer)
- 2005: Neubau des Unterkunftsheim (Doppelzimmer)
- Ab 2005: Renovierung unterschiedlicher Einrichtungen, Bettenreduktion

Diese Maßnahmen wurden wohlwollend und mit großem finanziellem Engagement durch die Landeshauptstadt München (örtlicher Kostenträger) und den Bezirk Oberbayern (überörtlicher Kostenträger) gefördert. Großenteils können den Betreuten somit Einzelzimmer zur Verfügung gestellt werden, die den Bedürfnissen entsprechen.

Erfahrungen

Mit der Eröffnung des Hauses an der Knorrstraße wurde, auch in der Umsetzung der wissenschaftlichen Ergebnisse der sog. „Fichter-Studie“, ein spezifisches Angebot für psychisch kranke alleinstehende Männer geschaffen, das in dieser Form so in München noch nicht vorhanden war.



Konzeptionell sind die folgenden Bestandteile im Angebot des Hauses als wesentlich zu sehen:

1. Angebot von Einzelzimmern mit eigener Dusche und WC.
2. Sicherstellung der Versorgung mit Mahlzeiten durch umfassende Vollversorgung.
3. Möglichkeiten der schrittweisen Selbstversorgung.
4. Sicherstellung der sozialpädagogischen und der medizinisch/pflegerischen Betreuung, der psychologischen Betreuung und Beratung und der Möglichkeiten der Anleitung zur Arbeit und/oder Freizeitgestaltung.
5. Duldung des Alkoholkonsums in der Einrichtung, allerdings mit dem Ziel der Hinführung der Bewohner zum reduzierten Alkoholkonsum oder zur Abstinenz im Rahmen einer zieloffenen Suchtarbeit.
6. Sicherstellung der medizinisch-psychiatrischen Grundversorgung und im Bedarfsfall Zuführung in entsprechende fachärztliche Behandlung.

Unter solchen Bedingungen wurde erreicht, dass auch „schwierige“ Klienten den Weg in die Hilfe fanden.

Die Ausnahme erfolgt nach einem Vorstellungsgespräch. Der Zugang ist möglichst unkompliziert und mit wenigen Formalitäten behaftet.

Psychiatrische Komorbidität und insbesondere das Vorliegen einer Doppel- oder Mehrfachdiagnose (z.B. Psychose und Sucht) stellt kein Aufnahmehindernis dar.

Bei Bedarf finden die Gespräche auch außerhalb der Einrichtung in anderen Dienststellen z.B. Teestube Komm oder auf der Straße statt. Die zugehende Arbeitsweise ist maßgeblich für den niedrighschwelligem Charakter. Die oft fehlende Krankheitseinsicht und die Ängste der potentiellen Bewohner machen ein differenziertes Vorgehen notwendig. So halten wir für besonders schwierige Einzelfälle über einen gewissen Zeitraum das Zimmer frei.

Sehr schnell wurde uns seit Eröffnung der Einrichtung deutlich, wie unterschiedlich die Bedürfnisse der Versorgung und Unterstützung der Bewohner in der Knorrstraße sein würden; dies bestätigt sich auch heute noch. Die Heterogenität der Klientel zeigt sich nicht nur in der Altersstruktur, sondern auch im Bildungsabschluss und der nationalen Herkunft. Konkret muss in der Einrichtung sichergestellt werden, dass der gebildete, von schizophrener Erkrankung gezeichnete Ingenieur, mit muslimischem Familienhintergrund ebenso seinen Platz im Haus findet wie der ungelernete, drogen- und suchtkranke, zeitweise manisch auftretende Mitbewohner. Neben den oft manifesten unterschiedlichen psychischen Erkrankungen (schizophrener Formenkreis, affektive Störungen, Persönlichkeitsstörungen, Suchterkrankungen) sind in hohem Maße soziale Probleme vorhanden. Die sozialen Schwierigkeiten äußern sich in Problemen mit der Hygiene, im Umgang mit Mitmenschen, nicht adäquatem Umgang mit Geld, mangelnde Kompetenz zur Selbstversorgung. Die Ursachen liegen oft in der manifesten psychischen Erkrankung bedingt.

In einem solchen Spannungsfeld kommt auf die Mitarbeiter im Haus eine besondere Aufgabe zu. Steht bei vielen Klienten zunächst das eigenen Zimmer oder das Verlassen

der Straße im Vordergrund, so entwickeln sich differenzierte Motive, in der Knorrstraße zu leben, oft erst nach einigen Wochen.

Neben der Heranführung an Grundkompetenzen im Sinne von extrafunktionalen Fähigkeiten wie Pünktlichkeit, Körperhygiene, adäquate Ernährung etc. unterstützen die sozialpädagogischen Mitarbeiter die Entwicklung von individuellen Lebensperspektiven, die für den Bewohner auch erreichbar sind. Erst auf der Basis einer solchen „Grundqualifizierung“ können weitere „funktionale“ Fähigkeiten (Sicherung der Selbstversorgung, Arbeiten nach Anweisung, Entwickeln manueller Fähigkeiten, etc), die für ein eigenständiges Leben und Arbeiten notwendig sind trainiert werden.

Im Mittelpunkt unserer Arbeit steht der persönliche Kontakt zwischen den Bewohnern und Mitarbeitern in den unterschiedlichen Lebensbereichen. Trotz dieses Angebotes wird es immer wieder Menschen geben, die jegliche Hilfestellung vermeiden. Sie finden oft ihre Nischen in der Gesellschaft, leben in ungesicherten Verhältnissen, ggf. auf der Straße. Denkbar ist jedoch auch, dass diese Menschen im subprofessionellen System, bei Klöstern, Pfarrern, sonstigen Initiativen anonyme Hilfe finden und dadurch ihre Situation erträglich gestalten. Diese Menschen sind ihrer Erkrankung ausgeliefert und verweigern sich auch vertrauensbildenden Maßnahmen.

Bewertung

Das Wissen um diesen Problembereich ist weiterhin lückenhaft. Gibt es hier spezifische Typisierungen in der Persönlichkeitsstruktur von Hilfebedürftigen die die Nichtinanspruchnahme von Hilfesystemen begründen?

Ist der Rückzug dieser Menschen in einer spezifischen Krankheitsursache zu suchen?

Orientieren sich niedrighschwellige, zugehende Angebote der sozialen Arbeit wirklich an den besonderen Bedürfnissen dieser spezifischen Gruppe?

Besteht überhaupt ein Hilfebedarf?

Diese Fragen sind wissenschaftlich bisher noch nicht hinreichend beleuchtet. Gleichwohl hat die in den letzten zehn Jahren erworbene wissenschaftliche Kenntnis das Wissen um psychisch kranke Wohnungslose sehr bereichert und auch praktische Auswirkungen gezeigt.

Die erreichten Erfolge sollten zur weiteren Erforschung und Umsetzung von Wissen in der Versorgung psychisch kranker wohnungsloser Menschen Mut machen.

Literatur

Fichter, M., Quadflieg & N. (1997). Psychische Erkrankungen bei (vormals obdachlosen) Bewohnern von Heimen des Katholischen Männerfürsorgevereins in München. Eine epidemiologische Studie. Unveröffentlichtes Manuskript. München.

Fichter, M., Quadflieg, N. & Cuntz, U. (2000). Prävalenz körperlicher und seelischer Erkrankungen. Daten einer repräsentativen Stichprobe obdachloser Männer, Deutsches Ärzteblatt, 97: A-1148-1154 (Heft 17).

Materialien zur Wohnungslosenhilfe 43 (2000); Facetten der Wohnungslosigkeit – Zur Gesundheit Wohnungsloser, Bielefeld

Reifferscheid, G. (2006). Langzeithilfe für ältere, (pflegebedürftige), wohnungslose Menschen. Wohnungslos, 2006, 48. Jahrgang, Nr. 2. Seite 50-56.

Romaus, R. & Gaupp, B. (2003). Psychisch Kranke in der Wohnungslosenhilfe. Interaktionsprobleme zwischen Personal und psychisch auffälligen Bewohnern in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe. Ergebnisse einer qualitativen Studie. Bielefeld: VSH Verlag (=Materialien zur Wohnungslosenhilfe 54).

Kontakt:

Dr. Gerd Reifferscheid

Katholischer Männerfürsorgeverein München e.V.

Haus an der Knorrstraße

Knorrstraße 26

80807 München, E-Mail: gerd.reifferscheid@kmfv.de

Projekt „Kora“ - engere Vernetzung der Frauenpension mit dem Sozialpsychiatrischen Hilfesystem, Stuttgart

1. Ausgangslage

Wohnungslose Frauen sind zunehmend auch psychisch krank. Diese Frauen lehnen es oft ab, sich als psychisch Kranke diagnostizieren, behandeln und unterstützen zu lassen. Sie gelangten meist durch krankheitsbedingte Defizite in die Wohnungsnotfallhilfe, erhalten dort aber nicht die ihrer spezifischen Problemlage angemessene Unterstützung. Vielmehr leben sie mit sehr unterschiedlichen Frauen in einem oft recht aggressiven und rauen Milieu, das ihre depressiven Rückzugstendenzen oder psychotischen Realitätsverkennungen eher verstärkt. Um einen Zugang zu Ihnen herzustellen, braucht es ein geduldiges, kundiges Nachgehen. Durch die kontinuierliche enge Kooperation des Sozialpsychiatrischen Dienstes (SpDi) Bad Cannstatt und der Frauenpension soll dieser besondere Hilfebedarf von psychisch kranken Frauen nach Möglichkeit ergänzt, bzw. Frauen aus der Wohnungsnotfallhilfe das Überwechseln zum angemessenen sozialpsychiatrischen Hilfesystem ermöglicht und erleichtert werden oder der Verbleib in der Frauenpension gesichert werden.

2. Die Frauenpension

Die Frauenpension bietet 50 wohnungslosen Frauen vorübergehend Unterkunft. Wesentliches Merkmal einer Sozialpension ist das Vorhalten eines freiwilligen Beratungs- und Unterstützungsangebotes, also Wohnen plus Hilfestellung. Weiterer wichtiger Bestandteil der Konzeption sind die geringen Zugangsvoraussetzungen: Die künftige Bewohnerin muss wohnungslos oder von Wohnungslosigkeit bedroht sein und braucht eine gültige Kostenverpflichtung des jeweiligen Jobcenters. Sie muss zudem von ihrer körperlichen Verfassung her in der Lage sein, sich selber zu versorgen. Sind diese Voraussetzungen erfüllt, kann die Frau ohne weitere Formalien einziehen.

So findet sich in der Frauenpension eine bunte Mischung von Frauen, die nur Wohnungslosigkeit und Armut gemeinsam haben. Es sind Frauen aus dem Strafvollzug, von der Straße, Frauen, die schwer suchtkrank sind von legalen wie illegalen Drogen, junge Frauen die nicht Fuß fassen können, psychisch kranke und auffällige Frauen - etwa ein Drittel der Frauen hat gravierende psychische Probleme - und Frauen mit erheblichen Mehrfachbeeinträchtigungen. Die Frauenpension finanziert sich im Rahmen des § 16 SGB II Absatz 2 über Tagessätze für Unterkunft und Betreuung.

3. Die Zielgruppe

In der Frauenpension gibt es einen konstant hohen Anteil an psychisch kranken / psychisch auffälligen Frauen. Vor allem die psychisch auffälligen Frauen, oft mit einer Mehrfachbeeinträchtigung, sind den sozialpsychiatrischen Regelangeboten gegenüber nicht zugänglich. Sie halten sich oft in den Angeboten der Wohnungsnotfallhilfe auf, da diese ihnen weitaus leichter zugänglich sind und in der Regel keine Krankheitseinsicht voraussetzen. Die Frauenpension mit ihrem niedrigschwelligen Charakter und dem Vorhalten des Betreuungsangebotes kommt dem Wunsch gerade diesen Frauen nach „in Ruhe gelassen werden“ entgegen. Aufgrund ihrer Problematik kommt es aber trotzdem oft zu erheblichen Konflikten mit den Mitbewohnerinnen und darüber hinaus aufgrund sozial unverträglichen Verhaltens zu Konflikten um die Hausordnung. Diese Frauen brauchen sachkundige Unterstützung, um ihnen den Verbleib in der Frauenpension zu ermöglichen. Daneben gibt es psychisch kranke Frauen, die sich in dem Milieu der Wohnungsnotfallhilfe fremd und geängstigt fühlen und Hilfestellung bei der Begleitung in die Regelangebote der Psychiatrie brauchen.

4. Ziele und Aufgaben des Projekts

Vorrangiges Ziel der Zusammenarbeit mit der Frauenpension ist es, Bewohnerinnen mit einer eindeutig psychiatrischen Grundproblematik sozialpsychiatrische Hilfe zugänglich zu machen. Eine weitere wichtige Zielsetzung ist die engere Kooperation und die bessere Vernetzung der Hilfeangebote der Sozialpsychiatrie und der Wohnungsnotfallhilfe.

Der erste Schritt zur Umsetzung des ersten Ziels bezüglich der Bewohnerinnen ist deshalb Frauen mit einer psychiatrischen Grundproblematik zu identifizieren. Häufig ist bei Einzug in die Frauenpension sehr wenig über die Vorgeschichte der Frauen bekannt, so dass sich oft erst durch auffälliges Verhalten in der Frauenpension Anhaltspunkte für eine psychiatrische Störung ergeben. In regelmäßigen wöchentlichen Besprechungen sollten die beiden Projektmitarbeiterinnen diese auffälligen Frauen und den Umgang mit ihnen besprechen.

In einem zweiten Schritt sollte nach Möglichkeit der Kontakt zur SpDi-Mitarbeiterin hergestellt werden. Häufig werden hier wiederholte Kontaktversuche, eventuell mit aktuellen Hilfeangeboten, notwendig, um bestehende Blockaden zu überwinden. In manchen Fällen wird eine Kontaktaufnahme erst im Zusammenhang mit einer Abmahnung und dro-



henden Kündigung als „Auflage“ für den weiteren Verbleib in der Frauenpension möglich sein. In nicht wenigen Fällen könnte es auch bei der „indirekten“ Beratung bleiben, da die Bewohnerinnen in keiner Weise bereit sind, mit der Psychiatrie in Kontakt zu treten.

Wenn die Kontaktaufnahme durch die sozialpsychiatrische Fachkraft gelingt, wird versucht über die persönliche Beziehung, die individuelle Beratung und Hilfestellung eine Vertrauensbasis herzustellen, die eine Entwicklungsarbeit bezüglich der Einstellung zur psychischen Störung und der weiteren Lebensperspektive ermöglichen könnte. Über die diversen Angebote des Gemeindepsychiatrischen Zentrums wie freiwillige Geldverwaltung, Tagesstätte, Arbeitsangebot, Gruppenaktivitäten kann die Distanz zum sozialpsychiatrischen Hilfesystem weiter abgebaut werden.

Letztlich ist das Ziel den chronisch psychisch kranken Bewohnerinnen das Überwechseln in das sozialpsychiatrische Hilfesystem zu ermöglichen und zu erleichtern

Dies könnte langfristig heißen, in eine eigene Wohnung mit SpDi-Unterstützung, ins sozialpsychiatrisch betreute WG- oder Einzelwohnen oder in ein Heim für psychisch kranke Menschen umzuziehen.

Psychisch kranke Frauen, die sich einem Wechsel ins sozialpsychiatrische Hilfesystem dauerhaft entziehen, würden im Rahmen des Projektes in der Frauenpension dauerhaft persönlich oder zumindest indirekt sozialpsychiatrisch unterstützt. Dadurch ist der weitere Verbleib in der Frauenpension besser gesichert.

Gemeinsame Aufgaben der Projektmitarbeiterinnen: spezifische Unterstützung der psychisch kranken Frauen in der Frauenpension / Unterstützung der Mitarbeiterinnen

- Regelmäßige Besprechung von Bewohnerinnen mit psychischer Krankheit durch die Projektmitarbeiterinnen
- Kontaktaufnahme der sozialpsychiatrischen Fachkraft mit psychisch kranken Bewohnerinnen, Herstellung einer Vertrauensbasis
- Gespräche über die psychische Problematik, Förderung der „Krankheitseinsicht“
- Motivation für und Zuführung zur nervenärztlichen Behandlung
- Motivation und eventuell Begleitung zur Teilnahme an der monatlichen Sprechstunde der PIA in der Einrichtung
- Motivation zur Teilnahme an den Angeboten in der Frauenpension
- Angebote zur psychiatrischen Fort- und Weiterbildung des Teams der FP
- Anregen und Begleiten von gegenseitigen Hospitationen
- Erstellung von Hilfeplänen zur zielgerichteten Verbesserung der Lebenssituation
- Prophylaktische Beratung bezüglich möglicher Krisensituationen, Erarbeitung von Krisenplänen
- Telefonische Beratung in akuten Krisensituationen
- Beratung und praktische Krisenintervention vor Ort in der Frauenpension

Aufgaben der SpDi Mitarbeiterin: Hinführung zum sozialpsychiatrischen Hilfesystem

- Zuführung zu tagesstrukturierenden, unterstützenden und versorgenden Angeboten des sozialpsychiatrischen Hilfesystems
- Zuführung zu rehabilitativen Angeboten
- Hinführung zum Wohnen mit sozialpsychiatrischer Unterstützung in adäquater Intensität mit Erarbeitung des „Integrierten Behandlungs- und Rehabilitations-Plans (IBRP)“

Aufgaben der Projektmitarbeiterin der Frauenpension

- Pflege der regelmäßigen Kooperation mit der Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) und dem Sozialdienst des Bürgerhospitals mit der Zielsetzung der engeren Verzahnung der Frauenpension im sozialpsychiatrischen Hilfesystem.
- Besuche von Bewohnerinnen bei Aufenthalten in der stationären Psychiatrie

5. Kooperation mit dem Projekt Straßensozialarbeit und Sozialhotel in Stuttgart Bad Cannstatt

Das Projekt Frauenpension/Sozialpsychiatrischer Dienst kooperiert auf mehreren Ebenen mit dem Projekt Straßensozialarbeit und Sozialhotel in Bad Cannstatt.

Die Frauenpension bietet mit ihrem Angebot der niedrigschwelligen Unterstützung ein sinnvolles Zwischenglied zwischen Straße/Sozialhotel und Betreutem Wohnen im Hilfesystem der Sozialpsychiatrie, der Suchthilfe und der Wohnungsnotfallhilfe. Sie bietet Frauen in Wohnungsnot einen vergleichsweise geschützten Rahmen, der für traumatisierte Frauen wichtig und hilfreich ist. Manche Frauen könnten sinnvoller Weise aus dem Sozialhotel in die Frauenpension umziehen, bzw. Frauen auf der Straße mit dem Angebot Frauenpension bekannt gemacht werden.

Das Projekt Frauenpension/Sozialpsychiatrischer Dienst benutzt dasselbe Dokumentations- und Evaluationssystem wie das Projekt Straßensozialarbeit/Sozialhotel. Somit ist eine Zusammenführung und gemeinsame Auswertung der Daten möglich.

Ragnhild Neunhöffer, Mitarbeiterin Sozialpsychiatrischer Dienst Bad Cannstatt

Maria Nестele, Leiterin Frauenpension
Bereich Armut Wohnungsnot und Schulden
Caritasverband für Stuttgart
Veielbrunnenweg 67
70372 Stuttgart
Tel.0711/55037134, Telefax :0711/552134
E-Mail: m.nestele@caritas-stuttgart.de,
www.caritas-stuttgart.de

Impressum: BAG Wohnungslosenhilfe e.V. (HG.), Bielefeld, Oktober 2008