

---

# **Wohnungslose und ihr Zugang zum psychiatrischen Hilfesystem in Hamburg**

---

## **Master-Thesis**

An der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg  
Fakultät Wirtschaft und Soziales  
Department Soziale Arbeit

vorgelegt von:  
Tilman Schnaidt

Abgabedatum: August 2011

Erstprüfer: Herr Prof. Dr. Harald Ansen  
Zweitprüferin: Maike Schröder-Lüders

## Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis.....	IV
Tabellenverzeichnis.....	IV
Abkürzungsverzeichnis.....	V
<b>1. Einleitung.....</b>	<b>1</b>
1.1 Zielsetzung.....	1
1.2 Aufbau und Struktur der Arbeit.....	2
<b>2. Wohnungslose – Eine Annäherung an den Personenkreis.....</b>	<b>3</b>
2.1 Definition der Begriffe.....	3
2.1.1 Wohnungslos.....	4
2.1.2 Wohnungsnotfälle.....	5
2.2 Wohnungslose Menschen in Deutschland.....	6
2.3 Ursachen und Gründe von Wohnungslosigkeit.....	7
<b>3. Die Lebenslage Wohnungsloser .....</b>	<b>9</b>
3.1 Konzepte der Lebenslage .....	9
3.2 Die Begriffe Inklusion und Exklusion.....	12
3.3 Sozialökonomische Aspekte.....	13
3.4 Gesundheitliche Situation .....	17
3.5 Geschlechtsunterschiede .....	19
<b>4. Die Lebenslage chronisch psychisch Kranker.....</b>	<b>21</b>
4.1 Sozialökonomische Aspekte.....	22
4.2 Geschlechtsunterschiede.....	26
<b>5. Psychische Erkrankungen und Wohnungslosigkeit.....</b>	<b>27</b>
5.1 Zusammenhang zwischen Wohnungslosigkeit und psychischen Erkrankungen.....	27
5.2 Überblick über den Forschungsstand.....	32
5.2.1 Der Forschungsstand in Deutschland.....	32
5.2.2 Der internationaler Forschungsstand.....	36
5.2.3 Geschlechtsunterschiede .....	37
5.2.4 Komorbidität.....	38
5.3 Die häufigsten psychischen Erkrankungen bei Wohnungslosen.....	40
5.3.1 Schizophrenie.....	40
5.3.2 Suchterkrankungen.....	42

5.4 Wohnungslose in der Psychiatrie .....	43
5.5 Wohnungslos und psychisch krank in Hamburg.....	45
<b>6. Das Hilfesystem für psychisch kranke Wohnungslose in Hamburg.....</b>	<b>47</b>
6.1 Wohnungslosenhilfe.....	47
6.2 Suchtkrankenhilfe.....	50
6.3 Psychiatrische Hilfen.....	51
6.4 Komplementäre psychiatrische Hilfen.....	52
<b>7. Zwischenfazit.....</b>	<b>54</b>
<b>8. Konzeption und Durchführung der Untersuchung.....</b>	<b>56</b>
8.1 Anliegen der Untersuchung und Formulierung der Forschungsfrage.....	56
8.2 Untersuchungsgruppe.....	57
8.3 Auswahl der Designs und Methoden.....	57
8.3.1 Interviewform.....	58
8.3.2 Fragenentwicklung und Erkenntnisgewinn.....	59
8.4 Durchführung der Interviews.....	62
<b>9. Auswertung der Interviews.....</b>	<b>63</b>
9.1 Auswertungsmethoden.....	63
9.2 Auswertung.....	65
9.2.1 Auswertung nach der zusammenfassenden Inhaltsanalyse.....	65
9.2.2 Auswertung nach der strukturierenden Inhaltsanalyse.....	70
9.3 Ergebnisse.....	84
<b>10. Verbesserungsvorschläge.....</b>	<b>89</b>
<b>11. Schlussbetrachtung.....</b>	<b>96</b>
<b>Literatur.....</b>	<b>99</b>
<b>Anhang 1.....</b>	<b>112</b>
<b>Anhang 2.....</b>	<b>113</b>
<b>Anhang 3.....</b>	<b>115</b>
<b>Anhang 4.....</b>	<b>116</b>
<b>Anhang 5.....</b>	<b>117</b>

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Die Lebenslage beeinflussende Faktoren (Eigene Darstellung nach: Kellinghaus 2000 S. 17; Lutz and Simon 2007 S.85).....	14
Abbildung 2: Todesursachen von Wohnungslosen (Eigene Darstellung nach: Grabs 2006, S. 26).....	17
Abbildung 3: Faktoren, die den Gesundheitszustand Wohnungsloser negativ Beeinflussen (Eigene Darstellung).....	19
Abbildung 4: Kreislauf der Exklusion (Eigene Darstellung nach: Office of the Deputy Prime Minister 2004, S. 20).....	23
Abbildung 5: Psychiatrische Prävalenz und Krankheitsgruppen (Eigene Darstellung nach: Salize, Dillmann-Lange and Kentner-Figura 2002, S. 32).....	35
Abbildung 6: Psychiatrische Prävalenz und Krankheitsgruppen in Hamburg (Eigene Darstellung nach: Freudenberg 2009a, S. 28).....	46

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Prävalenz psychischer Erkrankungen bei Wohnungslosen in Deutschland (Eigene Darstellung nach: Fichter et al. 1999, S. 80f.; Längle et al. 2005, S. 384; Salize et al. 2001a, S. 209; Völlm, Becker and Kunstmann 2004b, S. 238).....	32
---	----

## Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
Abs.	Absatz
Arge	Arbeitsgemeinschaft nach dem SGB II
Art.	Artikel
BAG W	Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
CMA	chronisch mehrfach geschädigte Abhängigkeitserkrankte
d. h.	das heißt
dgl.	dergleichen
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ebd.	ebenda
ev.	eventuell
et al.	et altera
etc.	et cetera
f.	folgend bzw. folgender Paragraph (bei Rechtstexten)
ff.	fortfolgend bzw. folgende Paragraphen (bei Rechtstexten)
Hrsg.	Herausgeber
ICD-10	International Classification of Diseases 10. Revision
i. V. m	in Verbindung mit
JVA	Justizvollzugsanstalt
o.J.	ohne Jahresangabe
p.	page
PsychKG	Gesetz für psychisch Kranke
S.	Seite bzw. Satz (bei Rechtstexten)
s.	siehe
SpD	Sozialpsychiatrischer Dienst
SOG	Gesetz zum Schutz der öffentlichen Sicherheit und Ordnung
Tab.	Tabelle
u. a.	unter anderem
vgl.	vergleiche
WHO	World Health Organization
WfbM	Werkstatt für behinderte Menschen
z.B.	zum Beispiel

# 1. Einleitung

## 1.1 Zielsetzung

Die vorliegende Arbeit widmet sich wohnungslosen Menschen mit einer psychischen Erkrankung<sup>1</sup>. Dieser Personenkreis lebt in weiten Teilen abgehängt von der Gesellschaft unterversorgt auf der Straße oder in Wohnunterkünften. Die Unterversorgung betrifft vor allem die Bereiche Wohnen und Gesundheit. Wohnungslose mit einer psychischen Erkrankung haben einen Hilfebedarf und Anspruch auf Leistungen, der sich über die Wohnungslosenhilfe, die Suchtkrankenhilfe und das psychiatrische Hilfesystem erstreckt. Diese drei maßgeblichen Hilfesysteme unterscheiden sich untereinander bezüglich der Arbeitsweise, der Finanzierung, der personellen und sachlichen Ausstattung sowie den Zugangsmöglichkeiten. Aus den verschiedenen Ansprüchen der Betroffenen und den Unterschieden der Hilfesysteme ergeben sich verschiedene Fragestellungen und zu untersuchende Aspekte. Das Forschungsinteresse der vorliegenden Arbeit gilt dem Zugang von Wohnungslosen zu psychiatrischen Hilfen. Es werden die gegenwärtige Situation der Betroffenen in Hamburg und der Aufbau des psychiatrischen Versorgungssystems in Bezug auf die Möglichkeiten des betroffenen Klientels, untersucht. Ein besonderer Fokus liegt dabei auf komplementären psychiatrischen Einrichtungen und Angeboten<sup>2</sup>, auf deren Leistungen die Betroffenen aufgrund ihrer Erkrankung Anspruch haben. Folgerichtig drängt sich darauf aufbauend die Frage nach Verbesserung und Ausbau der vorgefundenen Strukturen auf. Mit der Forschung in diesem Bereich können eventuell vorhandene Versorgungslücken erkannt, erläutert und in einem nächsten Schritt geschlossen werden. Die zu untersuchenden Aspekte betreffen maßgeblich die Profession der Sozialen Arbeit sowie weitere in den verschiedenen Hilfesystemen vertretenen Disziplinen. Beispielsweise Ärzte, Psychologen, Pfleger, Ergotherapeuten sowie Ehrenamtliche Mitarbeiter.

Grundlage für die Untersuchung der genannten Aspekte bildet eine ausführliche Literaturrecherche<sup>3</sup>. Diese soll in Verbindung mit einer, im Rahmen dieser Arbeit, durchgeführten Untersuchung der gegenwärtigen Situation in Hamburg ein umfassendes Bild der momentanen Sachlage und gegebenenfalls Verbesserungsvorschläge generieren.

---

<sup>1</sup> In Kapitel 4 wird der Begriff der psychischen Erkrankung mit seinen gesundheitlichen und sozialen Implikationen und seiner Verwendung in vorliegender Arbeit erläutert.

<sup>2</sup> „Komplementäre Dienste und Einrichtungen für psychisch kranke/seelisch behinderte Menschen sind Bindeglieder in der Kette von Therapie, Rehabilitation und Versorgung. Komplementäre Dienste stehen psychisch kranken/seelisch behinderten Menschen, die nicht einer Versorgung im Krankenhaus bedürfen, zur Verfügung und ergänzen das ambulante, teilstationäre psychiatrische Versorgungsangebot (intra- und extramurale Versorgung, Tageskliniken, Nachtkliniken). Komplementären Diensten wird eine Entlastungsfunktion für die stationären psychiatrisch-klinischen Einrichtungen zugeordnet.“ (Arenz 2007, S. 570) Komplementäre Einrichtungen und Angebote sollen in enger Zusammenarbeit mit den psychiatrischen Kliniken und Fachabteilungen die gemeindenahere Versorgung gewährleisten. Vgl. dazu Kapitel 6.4.

<sup>3</sup> Literatur und Rechtsprechung konnten bis Januar 2011 berücksichtigt werden.

In der vorliegenden Arbeit wird durchgängig der Begriff *Wohnungslose* verwendet. Die vielfältigen, veralteten und mit Vorurteilen behafteten Begriffe wie Nichtsesshafte, Penner, Tipfelbrüder oder Vagabunden werden nicht verwendet und erläutert. In Kapitel 2.1 wird eine Begriffsbestimmung hinsichtlich der in den Medien, der Öffentlichkeit und in Fachkreisen verwendeten Begriffe *Obdachlose* und *Wohnungsnotfall* vorgenommen. Aus Gründen der Lesbarkeit erfolgt keine Unterscheidung der Geschlechter. Es wird durchgängig die männliche Form gebraucht. Selbstverständlich ist aber das weibliche Geschlecht mit einbezogen. Bei geschlechtsspezifischen Ausführungen wird explizit die weibliche Form benutzt.

## 1.2 Aufbau und Struktur der Arbeit

Die vorliegende Arbeit lässt sich grob in zwei Abschnitte gliedern. Der erste Abschnitt beschäftigt sich mit den theoretischen Grundlagen der zu untersuchenden Thematik. Nachdem in Kapitel 2 die notwendigen Begriffsdefinitionen vorgenommen werden, erhält der Leser einen Überblick über das Ausmaß der Wohnungslosigkeit in Deutschland und es wird der derzeitige Forschungsstand bezüglich der Ursachen und Gründe von Wohnungslosigkeit erläutert. Die Beantwortung der Forschungsfrage setzt eine Auseinandersetzung mit den Lebensbedingungen des betroffenen Klientels voraus. Um ihrer Komplexität gerecht zu werden, wird diese anhand des Lebenslagenkonzepts erläutert. Dafür wird das Konzept im ersten Schritt auf Wohnungslose angewendet und anschließend in Kapitel 4 auf chronisch psychisch kranke Menschen. In Kapitel 5 erfolgt eine ausführliche Zusammenführung der beiden Lebenslagen, wobei auf den Zusammenhang und das Wechselspiel einer schweren psychischen Erkrankung und dem Leben in der Wohnungslosigkeit eingegangen wird. Zum Abschluss dieses Kapitels wird erstmals auf die Situation der Betroffenen in Hamburg eingegangen. In Kapitel 6 wird anschließend das Hilfesystem für die Betroffenen in Hamburg erläutert. Dabei wird neben den maßgeblichen Hilfesystemen Wohnungslosenhilfe, Psychiatrie und Suchtkrankenhilfe ein besonderer Fokus auf komplementäre psychiatrische Hilfen gelegt. Der theoretische Teil der Arbeit schließt mit einem Zwischenfazit und leitet so in den zweiten Abschnitt der Arbeit ein, dem Forschungsteil. Kapitel 8 widmet sich der Konzeption und der Durchführung der Untersuchung. Nachdem die Methodik, die Untersuchungsgruppe und der Erkenntnisgewinn beschrieben wird, befasst sich Kapitel 9 mit der Auswertung des gewonnenen Datenmaterials. Kapitel 10 bringt die Ergebnisse des Forschungsteils mit Ergebnissen aus dem theoretischen Teil der Arbeit und einer umfassenden Literaturrecherche zusammen, um somit Verbesserungsvorschläge für die Versorgung des zu untersuchenden Klientels zu generieren, die einen speziellen Fokus auf den Zugang der Betroffenen zu Versorgungsleistungen des psychiatrischen Systems legen. Die im Anhang beigefügten Materia-

lien ermöglichen einen umfassenden Einblick in die Durchführung der Untersuchung. So ist neben den Transkripten der Interviews, der Leitfaden, das Anschreiben sowie ein exemplarischer Auszug aus einem Methodenelement der Auswertung angefügt.

## 2. Wohnungslose – Eine Annäherung an den Personenkreis

Neben dem Begriff *wohnungslos* findet im Hilfesystem auch die Bezeichnung *obdachlos* Verwendung. Dieser Begriff ist weiter gefasst und bezeichnet allgemein Menschen, die ihre Wohnung verloren haben. Dies kann unter anderem auch durch Naturkatastrophen oder die Sanierung der betreffenden Wohnungen geschehen (vgl. Lutz and Simon 2007, S. 90). Wohnungslose hingegen befinden sich darüber hinaus in sozialen Problemlagen. „Insgesamt sind die Wohnungslosen eine spezifische Untergruppe der Obdachlosen, die zumeist einer besonderen sozialarbeiterischen Unterstützung bedürfen“ (Lutz and Simon 2007 S. 91). Aufgrund der unterschiedlichen, in den letzten Jahren benutzten Begrifflichkeiten, konstatiert Heinrich Holtmanspötter, dass in Deutschland kein allgemeingültiger, anerkannter Begriff für die Lage eines Menschen, der über keinen eigenen Wohnraum verfügt, existiert (vgl. Holtmanspötter 2002, S. 17). Vielmehr wurden im Laufe der letzten Jahrzehnte vielfältige Begrifflichkeiten eingeführt und benutzt. Diese implizieren immer auch ein bestimmtes sozialpolitisches Verständnis und dürfen nicht von diesem losgelöst betrachtet werden. So wird in anderen Publikationen zwischen Menschen differenziert, die ausschließlich auf der Straße schlafen und denen, die in Notunterkünften oder sonstigen Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe unterkommen (vgl. Eikermann, et al. 2002, S. 43).

In Kapitel 2.1 wird der Begriff *wohnungslos* und seine Verwendung in vorliegender Arbeit definiert. Nachdem in Kapitel 2.2 das Ausmaß der Wohnungslosigkeit in Deutschland beschrieben wird, vermittelt Kapitel 2.3 eine Übersicht über den Forschungsstand in Bezug auf die Ursachen und Gründe für Wohnungslosigkeit.

### 2.1 Definition der Begriffe

Im Folgenden wird der Begriff der *Wohnungslosigkeit* durch die Begrifflichkeiten *Wohnungsnotfall* und *Wohnungslos* differenziert und die in der Fachwelt derzeit übliche Operationalisierung erläutert.



## 2.1.1 Wohnungsnotfall

Der Begriff des Wohnungsnotfalls schließt die beiden Gruppen der Wohnungslosen sowie der von Wohnungslosigkeit bedrohten Menschen ein. Von Wohnungslosigkeit bedroht ist derjenige, der unmittelbar gefährdet ist seine Wohnung zu verlieren. Ursachen dafür können sein: Kündigung, Räumungsklage, etc. (vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. 2008b, S. 5). Viele dieser von Wohnungslosigkeit bedrohten Menschen übernachteten zeitweise bei Freunden oder Verwandten. Der Begriff des Wohnungsnotfalls schließt demnach einen weit größeren Personenkreis ein als der des Wohnungslosen. Aufgrund dessen ist dieser für eine sozialpolitische Diskussion geeignet, stellt sich aber für eine Untersuchung im Kontext des Lebenslagenkonzepts als nicht brauchbar dar.

Der Forschungsverbund „Wohnungslosigkeit und Hilfen in Wohnungsnotfällen“ führte 2005 eine ausführliche Definition von Wohnungsnotfällen und Wohnungslosigkeit ein (vgl. Forschungsverbund Wohnungslosigkeit und Hilfe in Wohnungsnotfällen 2005, S. 8ff.).

Demnach zählen Personen als Wohnungsnotfall wenn sie

- **aktuell von Wohnungslosigkeit betroffen sind,**
  - ohne eigene mietrechtlich abgesicherte Wohnung und nicht institutionell untergebracht,
  - ohne eigene mietrechtlich abgesicherte Wohnung, aber institutionell untergebracht sind.
- **unmittelbar von Wohnungslosigkeit bedroht sind,**
  - der Verlust der derzeitigen Wohnung unmittelbar bevorsteht wegen Kündigung des Vermieters/der Vermieter, einer Räumungsklage oder einer Zwangsräumung,
  - 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)
- **in unzumutbaren Wohnverhältnissen leben,**
- **als Zuwanderer in gesonderten Unterkünften von Wohnungslosigkeit aktuell betroffen sind.**

## 2.1.2 Wohnungslos

Wohnungslose Menschen sind als eine Untergruppe der Wohnungsnotfälle zu verstehen.

Der Begriff *Wohnungslos* impliziert dabei den Bedarf einer besonderen sozialarbeiterischen Unterstützung (vgl. Lutz and Simon 2007 S. 91). Somit geht mit der Wohnungslosigkeit neben dem Mangel an Wohnraum zudem eine Lebenslage einher, die durch besondere soziale Schwierigkeiten gekennzeichnet ist. Die Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe (BAG W)<sup>4</sup> differenziert Personen die aktuell von Wohnungslosigkeit betroffen sind nach folgenden Sektoren (vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. 2009, S. 1f.):

### *Ordnungsrechtlicher Sektor*

Darunter fallen Personen, die aufgrund ordnungsrechtlicher Maßnahmen ohne Mietvertrag, d. h. lediglich mit Nutzungsverträgen in Wohnraum eingewiesen oder in Notunterkünften untergebracht werden.

### *Sozialhilferechtlichen Sektor*

Unter diesen Sektor fallen diejenigen, die ohne Mietvertrag untergebracht sind, wobei die Kosten nach Sozialgesetzbuch XII und/oder II übernommen werden. D. h. Personen,

- 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".

### *Zuwanderersektor*

Darunter fallen alle Aussiedler, die noch keinen Mietwohnraum finden können und in Aussiedlerunterkünften untergebracht sind.

Die Differenzierung und Zuordnung macht deutlich, welche Inhomogenität sich hinter dem Begriff *Wohnungslos* verbirgt. Daher muss darauf hingewiesen werden, dass dieser einen begrifflichen Kompromiss darstellt, der der Heterogenität dieser sozial ausgegrenzten Personengruppe nicht gerecht wird (vgl. Malyssek and Störch 2009, S. 40). So können unter der Überschrift der Wohnungslosen Alleinstehende, Familien, Jugendliche, Ausreißer, Asylbewerber und illegale Einwanderer zu finden sein, deren Situation von spezifischen und indivi-

---

<sup>4</sup> Die BAG W ist „auf Bundesebene die Arbeitsgemeinschaft der verantwortlichen und zuständigen Sozialorganisationen im privaten und öffentlichen Bereich sowie der privaten und öffentlich-rechtlichen Träger von sozialen Diensten und Einrichtungen für wohnungslose Personen.“ BAG W: <http://www.bag-wohnungslosenhilfe.de/index2.html> (zuletzt eingesehen: 19.01.2011).

duellen Problemlagen gekennzeichnet ist. Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit den Lebensbedingungen der Wohnungslosigkeit. Dabei wird nicht auf spezifische Problemlagen der Untergruppierungen eingegangen. Es wird sich dem Verständnis des Forschungsverbund „Wohnungslosigkeit und Hilfen in Wohnungsnotfällen“ angeschlossen. Die Arbeit widmet sich somit der Lebenssituation von Menschen, die aktuell von Wohnungslosigkeit betroffen und somit ohne eigene mietrechtlich abgesicherte Wohnung entweder nicht institutionell untergebracht sind oder aber institutionell untergebracht sind.

## 2.2 Wohnungslose Menschen in Deutschland

Es gibt keine umfassenden Untersuchungen zum Ausmaß der Wohnungslosigkeit in Deutschland. Daher gibt die BAG W jedes Jahr eine Schätzung über die Zahl der Wohnungslosen heraus. Dieser Schätzungen liegen die Beobachtungen des Wohnungs- und Arbeitsmarktes sowie die Zahlen regionaler Wohnungslosenstatistiken zugrunde (vgl. Malyssek and Störch 2009, S. 21). Für das Jahr 2008 schätzt die BAG W die Zahl der Wohnungslosen auf ca. 223.000 Personen, wovon schätzungsweise 20.000 Menschen ohne jegliche Unterkunft auf der Straße leben. Der Frauenanteil wird auf insgesamt 26% geschätzt. Trotz der derzeit sinkenden Zahl der Wohnungslosen in Deutschland lässt sich bei den Frauen, die wohnungslos, bzw. von Wohnungslosigkeit bedroht sind, ein Anstieg verzeichnen. Bezüglich der Wohnungsnotfälle geht die BAG W für das Jahr 2008 von ca. 330.000 aus (vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. 2009, S. 2). Der Rückgang der Wohnungslosigkeit in den letzten Jahren betrifft insbesondere Familien. So ist die Zahl von Wohnungslosen in Mehrpersonenhaushalten von 2005 auf 2006 um 7,6% gesunken. Für den gleichen Zeitraum ist die Zahl der alleinstehenden Wohnungslosen hingegen um 2,3% gestiegen (vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2008, S. 166). Die Gruppe der Wohnungslosen in Deutschland ist gekennzeichnet durch ihre hohe Heterogenität. So lassen sich Alleinstehende, Familien, Kinder und Jugendliche ebenso wie Migranten und Ausländer ohne Aufenthaltsstatus in der Gruppe der Wohnungslosen finden. Bezüglich der genannten Zahlen der BAG W muss daraufhin gewiesen werden, dass Asylbewerber in der Statistik aufgrund fehlender Daten nicht berücksichtigt wurden (vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. 2009, S. 2).

## 2.3 Ursachen und Gründe der Wohnungslosigkeit

Unter den Wohnungslosen lässt sich eine Vielzahl von komplexen Einzelschicksalen finden. Die Heterogenität der Personengruppe macht deutlich, dass eine monokausale Betrachtungsweise zur Ursache der Wohnungslosigkeit der Realität nicht gerecht werden kann. Somit wird von einem mehrdimensionalen Konzept zur Ursachenbeschreibung ausgegangen (vgl. Eikelmann, et al. 2002, S. 43; Kellinghaus 2000 S. 13; Malyssek and Störch 2009 S. 20). Als grobe Unterteilung wird zwischen strukturellen sozioökonomischen Ursachen sowie individuellen Ursachen differenziert. Zu den strukturellen Ursachen gehören:

- Enger Wohnungsmarkt
- Arbeitslosigkeit
- Armut
- Defizite im sozialen Sicherungssystem.

Hinzu kommen individuelle Ursachen die in Wechselwirkung zu den strukturellen Faktoren treten können:

- Konflikte innerhalb der Familie
- Schicksalsschläge
- Schulden
- Psychische Erkrankungen

(vgl. Ansen 2007, S. 92; Hradil 2001, S. 328; Lutz and Simon 2007, S. 98ff.)

Wohnungslosigkeit stellt ein soziales Problem dar, wobei die strukturellen gesellschaftlichen Bedingungen immer in Verbindung und Wechselwirkung zu den individuellen Lebenslagen der Betroffenen zu sehen sind. Dabei müssen die oft problematischen Ausgangsbedingungen der später von Wohnungslosigkeit Betroffenen berücksichtigt werden. Christoph Kellinghaus beschreibt eine erhöhte Vulnerabilität für das Auftreten von Wohnungslosigkeit durch eine problematische bzw. gestörte familiäre Situation:

*„Eine gestörte familiäre Situation [...] kann hinzutreten und in Wechselwirkung mit den medizinisch-psychologischen Faktoren (oder allein) dafür sorgen, daß sich die individuellen Möglichkeiten zur Beziehungsaufnahme und Konfliktaustragung nur begrenzt ausbilden. Ein tragfähiges Netz sozialer Bindungen entsteht möglicherweise gar nicht erst. All dies bedeutet eine erhöhte Vulnerabilität des Betroffenen für das Auftreten von Wohnungslosigkeit.“ (Kellinghaus 2000, S. 14)*

Es lassen sich bezüglich des familiären Hintergrunds folgende Risikofaktoren für die Entstehung von Wohnungslosigkeit ausmachen (vgl. Shelter England 2007, S. 8):

- familiäre Konflikte und Zerwürfnisse

- sexueller oder physischer Missbrauch in der Kindheit oder Jugend
- Eltern mit Suchtproblematik
- Erfahrungen mit familiärer Wohnungslosigkeit.

Eine Untersuchung der BAG W im Rahmen des Statistikberichts 2004 bis 2006 zeigt, dass der Wohnungsverlust bei 18,6% der Befragten im Jahr 2006 durch eine Kündigung des Vermieters, bei 0,8% durch die Räumung wegen Eigenbedarf, bei 12,9% durch die Räumung wegen Mietschulden und bei 16,5% durch eine Räumung aufgrund anderer Probleme zustande kam. 15,5% der Befragten haben selbst gekündigt und 35,6% sind ohne Kündigung ausgezogen. Zu den genannten Gründen des Wohnungsverlusts sind die Auslösesituationen in Kontext zu setzen. Der größte Anteil der Befragten - 23,2% - gibt dabei die Trennung oder Scheidung vom Partner als Auslöser an. Ein Ortswechsel und die Miethöhe stehen an zweiter und dritter Stelle (vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. 2008b, S. 25f.).

Bei der Betrachtung dieser Ergebnisse muss der Tatsache Rechnung getragen werden, dass es selten einen einzelnen Auslöser gibt, der die Wohnungslosigkeit verursacht. Vielmehr muss von einer Kumulation ungelöster Probleme ausgegangen werden, die zusammen die Wohnungslosigkeit bedingen (vgl. Shelter England 2007, S. 8). Wenn die materiellen, sozialen und psychischen Ressourcen der betroffenen Person aufgebraucht sind, kann es zu einem Wohnungsverlust kommen (vgl. Ludwig-Mayerhofer 2008, S. 504). Oft ist der häufig genannte Ortswechsel als Auslösemoment, bzw. als eine Flucht mit der Hoffnung auf einen Neuanfang zu interpretieren. So stellt Wolfgang Ludwig-Mayerhofer fest, dass die Betroffenen nicht in der Stadt in die Wohnungslosigkeit geraten, in der sie geboren sind und zumeist auch nicht in der Stadt in der sie die wichtigsten Stationen ihres Lebens verbracht haben (vgl. Ludwig-Mayerhofer 2008, S. 507).

Dieser Interpretation entgegen kommen Hans Joachim Salize et. al. auf Grundlage ihrer Studie zu einem Ergebnis, welches für eine gewisse Ortstreue unter den Wohnungslosen spricht (vgl. Salize, et al. 2001b, S. 79). Die Unterschiede sprechen für eine regional begrenzte Interpretierbarkeit der Ergebnisse von Studien, die zwar repräsentativ für die Wohnungslosen einer Region sein mögen, aber nicht für alle Wohnungslosen sprechen können (s. Kapitel 5.2.1f.).

Bezüglich der geschlechtsspezifischen Unterschiede ist hinsichtlich der Auslöser der Wohnungslosigkeit festzustellen, dass bei Frauen die Gründe eher als bei Männern im Nahbereich, also im familiären oder partnerschaftlichen Bereich liegen. Durch Scheidung (25%), Gewalt durch den Partner (14,2%) oder Auszug aus der elterlichen Wohnung (17,8%) geraten Frauen vermehrt in die Wohnungslosigkeit (vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungs-

losenhilfe e. V. 2008b, S. 26). Mit diesen Gründen gehen meist psychische und physische Gewalterfahrungen und somit Traumatisierungen einher.

Im Kontext des Lebenslagenansatzes ist der drohende oder bereits eingetretene Wohnungsnotfall am Ende eines Prozesses zu sehen,

*„in dem Frauen und Männer mit den ihnen zur Verfügung stehenden Mitteln in von ihnen nicht kontrollierbaren objektiven Rahmenbedingungen versuchen, die wirtschaftlichen, sozialen, gesundheitlichen oder die durch Gewalt ausgelösten Probleme aus eigenen Kräften und unter Einbeziehung von sozialen Netzen zu bewältigen. Der Wohnungsnotfall wird hier als Ergebnis eines Prozesses von Bewältigung und Scheitern gewertet.“ (Forschungsverbund Wohnungslosigkeit und Hilfe in Wohnungsnotfällen 2005, S. 21)*

### 3. Die Lebenslage Wohnungsloser

Das Leben in der Wohnungslosigkeit ist geprägt durch äußere Bedingungen, die sich von Ort zu Ort unterscheiden. Dennoch kann von einigen gesicherten Gemeinsamkeiten ausgegangen werden. Im Folgenden sollen nun die Lebensbedingungen mit ihrem Einfluss auf die psychische und physische Situation der Wohnungslosen beschrieben werden. Punkt 3.1 gibt einen kurzen Überblick über die Entstehung und Entwicklung des Lebenslagenkonzeptes und geht dabei vor allem auf Gerhard Weisser und dessen Schülerin Ingeborg Nahnsen ein. Punkt 3.2 erläutert die Begriffe Inklusion und Exklusion und beschreibt, in welchem Zusammenhang diese für die vorliegende Untersuchung benutzt werden. Das Konzept der Lebenslage sowie die Begriffe Inklusion und Exklusion werden sowohl für die Beschreibung der Lebensbedingungen von Wohnungslosen in Kapitel 3, als auch für die Beschreibung der Lebenssituation von chronisch psychisch Kranken in Kapitel 4 genutzt.

Nachdem unter Punkt 3.3 die sozialökonomischen Aspekte des Lebens in der Wohnungslosigkeit beschrieben werden, behandelt Punkt 3.4 die gesundheitlichen Auswirkungen dieses Lebens. Auf psychischen Krankheiten wird im diesem Zusammenhang nur kurz eingegangen (siehe zur weiteren Ausführung Kapitel 5). Punkt 3.5 beschäftigt sich mit den Geschlechtsunterschieden und erläutert spezielle Aspekte der Lebenslage wohnungsloser Frauen.

#### 3.1 Das Konzept der Lebenslage

Das Konzept der Lebenslage hat sich als Instrument zur Darstellung sozialer Ungleichheit bewährt und gewinnt einhergehend mit dem Prozess der Pluralisierung der Lebensformen und den unterschiedlichen Arrangements immer mehr an Bedeutung (vgl. Wendt 1988, S. 80). So wurde das Konzept unter anderem für die Armuts- und Reichtumsberichte in

Deutschland operationalisiert, da es sich für die Darstellung von Armut und Reichtum besonders hinsichtlich des mehrdimensionalen Charakters eignet und neben den Aspekten Einkommen und Vermögen eine Vielzahl weiterer Dimensionen umfasst (vgl. Bundesregierung 2001, S. 28). Das Konzept der Lebenslage verbindet vertikale Kategorien wie Einkommen oder Wohnverhältnisse mit horizontalen Kategorien wie Alter, Geschlecht und Bewältigungsvermögen (vgl. Röh 2009, S. 78). Amann beschreibt die Lebenslage als die in Abhängigkeit stehenden äußeren gesellschaftlichen und kulturellen Lebensbedingungen und die inneren kognitiven und emotionalen Deutungs- und Verarbeitungsmuster (vgl. Amann 1983, S. 147). Das Konzept der Lebenslage geht ursprünglich vor allem auf Otto Neurath und Gerhard Weisser zurück. Während Neurath zur Zeit der Weimarer Republik die zentral gelenkte Naturalwirtschaft als Bezugsrahmen wählt, geht es Weisser vorrangig um die Ausgestaltung der Sozialpolitik (vgl. Amann 1983 S. 139)<sup>5</sup>.

Als Lebenslage gilt nach Weisser

*„der Spielraum, den die äußeren Umstände dem Menschen für die Erfüllung der Grundanliegen bieten, die ihn bei der Gestaltung seines Lebens leiten oder bei möglichst freier und tiefer Selbstbesinnung und zu konsequentem Verhalten hinreichender Willensstärke leiten würden.“*  
(Weisser 1978 S. 275)

Die Spielräume sind die Handlungsmöglichkeiten, die ein Mensch unter Verwendung seiner Ressourcen erreichen kann. Weisser geht es dabei nicht um die tatsächliche Nutzung oder Ausfüllung des Spielraums, sondern um die Größe und die Struktur desselben (vgl. Andretta 1991, S. 49).

Unter den Grundanliegen versteht Weisser unmittelbare Interessen des Individuums. Diese sind in dem Sinn entweder positiv oder negativ, als dass das Individuum versucht sie zu erstreben oder zu vermeiden (vgl. Amann 1983, S. 142).

*„Neben den tatsächlich vorgefundenen Interessen werden zusätzlich aber auch solche berücksichtigt, die der Mensch bei ‚unbehinderter‘ Selbstbestimmung haben würde [...], d.h., die er nur deswegen nicht hat, weil die äußere Situation, in der er sich befindet, ihn verzweifelt machen, abstumpft, kulturell verflacht oder dgl. Einflüsse ausübt. Auch Bevormundung kann zu einem solchen Hindernis werden, wenn sie ihn psychisch überwältigt, so dass er sich ihrer nicht erwehren kann.“* (Weisser zit. n. Amann 1983, S. 143)

Demnach berücksichtigt Weisser in seinem Lebenslagenkonzept Interessensprofile, die das Individuum hätte, wenn es nicht durch äußere Umstände derart beeinflusst werden würde, dass es nicht frei bestimmen kann. Durch diese Komponente wird das Modell Weissers zu einem Konzept, welches sich schwerlich in die Praxis der Sozialforschung umsetzen lässt. Ingeborg Nahnsen entwickelt das beschriebene Modell in dem Sinn weiter, als dass sie nicht

---

<sup>5</sup> In vorliegendem Abschnitt wird vornehmlich Amann 1983 sowie Andretta 1991 als Quelle angeführt, da der Zugang zu Primärliteratur, bis auf eine Ausnahme, nicht möglich war.

nach den Interessen des Einzelnen fragt, sondern die strukturell gegebenen Bedingungen, die es ermöglichen oder verhindern, dass das Individuum sich derer bewusst wird, in den Mittelpunkt der Forschung rückt (vgl. Voges, et al. 2005, S. 42). Somit wird das Konzept der Lebenslage durch die Weiterentwicklung durch Nahnsen für die Sozialforschung operationalisiert. Im Zuge dessen definiert Nahnsen die Lebenslage als:

*„der Spielraum, den die gesellschaftlichen Umstände den auf sich selbst gestellten einzelnen zu der für die Entfaltung und Realisierung seiner wichtigen Interessen individuelle angemessenen Zeit bieten.“ (Nahnsen zit. n. Andretta 1991, S. 87)*

Im Mittelpunkt der Forschung stehen nun die Bedingungen und Umstände die den Handlungsspielraum zur Umsetzung der Interessen des Einzelnen bestimmen. Nahnsen teilt den Handlungsspielraum in Einzelspielräume auf, wodurch eine Systematisierung der Lebenslage möglich wird und diese mit den gesellschaftlichen Umständen in Beziehung gesetzt werden kann (Andretta 1991, S. 93):

1. „Versorgungs- und Einkommensspielraum,
2. Kontakt- und Kooperationsspielraum,
3. Lern- und Erfahrungsspielraum,
4. Regenerations- und Mußespielraum,
5. Dispositionsspielraum.“

Die Multidimensionalität als ein Hauptmerkmal des Lebenslagenansatzes und die zeitliche Dynamik von Lebenslagen müssen bei der Beurteilung beachtet werden. Dabei darf der ganzheitliche Blickwinkel nicht verloren gehen. Die einzelnen Gegebenheiten der Lebenslage dürfen nicht einfach als Summe zusammengefasst werden, da dies ihrer Komplexität nicht gerecht werden würde (vgl. Wendt 1988, S. 79).

Im Folgenden werden vermehrt objektive, also äußere Umstände der Lebenslage beschrieben. Aus der Sicht des betroffenen Personenkreises gibt es wenige Untersuchungen. Exemplarisch wird eine Studie erwähnt, die anhand qualitativer Interviews die Sichtweise und inneren Umstände von wohnungslosen Menschen in Deutschland untersucht.



## 3.2 Die Begriffe Inklusion und Exklusion

Das ursprünglich durch Niklas Luhmann eingeführte Begriffspaar Inklusion und Exklusion stellt nach Bernd Eikelmann et al. ein Paradigma der Sozialforschung dar, welches geeignet ist, die Situation von psychisch kranken Menschen zu beschreiben, da es durch die systemische Perspektive die Teilhabe an sozialen Aktivitäten und Teilsystemen im gesamtgesellschaftlichen Kontext erfasst (vgl. Eikelmann, et al. 2005a, S. 664ff.). Die soziale Exklusion beschreibt den Ausschluss des Betroffenen aus sozialen Teilsystemen wie beispielsweise dem Arbeitsmarkt, dem Wohnungsmarkt oder dem Bildungssystem (vgl. Eikelmann, et al. 2005b, S.1104). Wie Inklusion, also die Teilnahme an einem Teilsystem, und Exklusion, also der Ausschluss aus einem Teilsystem, zustande kommt, ist durch die Struktur des jeweiligen Systems geregelt (vgl. Bommers and Scherr 2000, S. 76f.).

Michael Bommers und Albert Scheer beschreiben, wie Individuen in der modernen Gesellschaft nur noch unter funktionsspezifischen Gesichtspunkten zu den Teilsystemen zugelassen werden. Durch die Exklusion wird dabei erst eine Differenzierung nach funktionellen Aspekten möglich. Problematisch wird die Exklusion, wenn Individuen in dem Maß an der Teilnahme an Teilsystemen gehindert werden, dass die ihnen für ihre Lebensführung erforderlichen Leistungen nicht mehr zugänglich sind (vgl. Bommers and Scherr 2000, S. 94f.). Wenn die Ausgrenzung dauerhaft wird und alle Aspekte des menschlichen Lebens betrifft, kann die Exklusion einen lebensbedrohlichen Zustand darstellen (vgl. Kronauer 2010, S. 26). Dies passiert wenn Individuen den Anforderungen der Teilsysteme, also den funktionsspezifischen Voraussetzungen, nicht gerecht werden und der Ausschluss aus Teilsystemen kumuliert. Somit entsteht eine individuelle Hilfebedürftigkeit, die mit der Verteilung sozialer Ressourcen verknüpft ist (vgl. Bommers and Scherr 2000, S. 124).

Die Begriffe Inklusion und besonders Exklusion sind daher geeignet, die Lebenssituation benachteiligter Personen zu beschreiben, da nicht die individuelle Symptomatik, sondern die tatsächliche Teilhabe am gesellschaftlichen Leben im Mittelpunkt steht. In diesem beschriebenen Zusammenhang wird der Begriff der Exklusion im weiteren Verlauf der Arbeit verwendet um die Lebensbedingungen des zu untersuchenden Klientels zu beschreiben.

### 3.3 Sozialökonomische Aspekte

Gerhard Trabert schreibt dem Personenkreis der Wohnungslosen eine Kumulation verschiedener krankheitsverursachender Faktoren zu. Der Gesundheitszustand bzw. die hohe Prävalenz von Krankheiten weit über der Rate der normalen Wohnbevölkerung (vgl. Grabs, et al. 2008, S. 6; Trabert 2005, S. 163) ist nur im Zusammenhang mit der sozialen Situation des betroffenen Personenkreises zu sehen. Die Betrachtung der Lebenslage kann Aufschluss über das Bedingungsgefüge und die Wechselwirkungen des Lebens in der Wohnungslosigkeit mit dem Gesundheitszustand liefern. Bei dieser Betrachtung muss jedoch der Heterogenität der Zielgruppe Rechnung getragen werden.

*„Hinter dem Begriff ‚Wohnungslosigkeit‘ verbirgt sich eine Komplexität von Problemlagen von Menschen ohne gesicherte wirtschaftliche Lebensgrundlage, die durch ganz unterschiedliche persönliche Schicksalsschläge und extrem ungünstige Sozialisationsbedingungen in einen Zustand von Arbeits-, Familien- und Heimatlosigkeit aus der Bahn geworfen sind.“ (Malyssek and Störch 2009, S. 38)*

So kann von einer Vielzahl verschiedener Lebenslagen ausgegangen werden, die sich in bestimmten Punkten überschneiden. Diese Überschneidungspunkte lassen sich in der Exklusion und in belastenden Lebensbedingungen in Verbindung mit geringen Ressourcen zur Bewältigung finden. Es handelt sich um einen „Teufelskreis“, in dem der Ausschluss aus Teilhabemöglichkeiten durch eine Kumulation zu sozialer Ausgrenzung führt und Ausschluss aus einem Teilbereich zu Ausschluss aus anderen Bereichen führt (vgl. Wehrheim 2006, S. 31). Sobald sich diese Ausgrenzung verfestigt hat, wobei der zeitliche Aspekt die größte Rolle spielt, wird die Exklusion zur eigenständigen sozialen Lage und dem betroffenen Personenkreis bleibt keine andere Möglichkeit, als sich darauf einzustellen. Somit wird die Exklusion auch durch das eigene Handeln reproduziert (vgl. Kronauer 2002, S. 203).

Die konkreten Lebensbedingungen variieren durch regionale Unterschiede im Hilfesystem und die Möglichkeiten der Zielgruppe, diese wahrzunehmen. Ein Teil der Betroffenen lebt ohne Unterkunft auf der Straße, während andere zeitweise bei Bekannten oder in einer Notunterkunft unterkommen. Je nach Wohnheim, Notunterkunft oder Pension variiert die jeweilige Ausstattung und somit auch die individuelle Lebenssituation, in der sich der Wohnungslose befindet. Trotz einiger Unterschiede lässt sich festhalten, dass die Wohnverhältnisse in den Unterkünften durch Überfüllung gekennzeichnet sind und dass die Ausstattung (sanitäre Einrichtungen, Heizmöglichkeiten, etc.), trotz erheblicher Verbesserungen in den letzten Jahren unter dem Niveau von Normal- und Sozialwohnungen liegen (vgl. Hradil 2001, S. 329). Somit entsprechen diese Angebote nicht unseren kulturell etablierten Vorstellungen von

Wohnen. Zumeist handelt es sich um Mehrbettzimmer, in denen kein Raum für Privatsphäre und Rückzug vorhanden ist (vgl. Ludwig-Mayerhofer 2008, S. 509).

Die als gesichert geltenden Gemeinsamkeiten der Lebenslage vermitteln eine Vorstellung über die Lebensbedingungen von Wohnungslosen. Vgl. hierzu Abb.1:

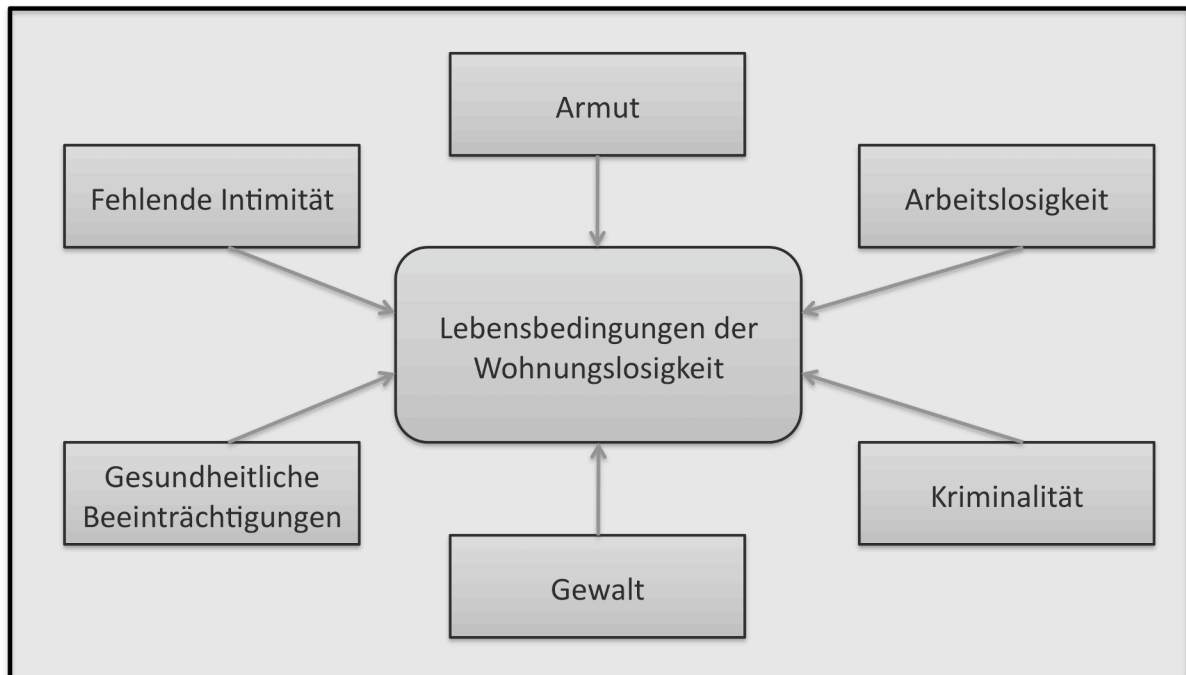


Abb.1: Die Lebenslage beeinflussende Faktoren (Eigene Darstellung nach: Kellinghaus 2000 S. 17; Lutz and Simon 2007 S. 85).

Die betroffene Personengruppe führt ein Leben geprägt von Mangelsituationen. Dies wird besonders in der Unterversorgung folgender Bereiche deutlich (vgl. Lutz and Simon 2007, S. 95f.):

- Wohnraum
- Gesicherte wirtschaftliche Lebensgrundlage
- Arbeit und Ausbildung
- Soziale Teilhabe.

Die Betroffenen sind isoliert und aus dem gesellschaftlichen Leben exkludiert. Sie sind meistens alleinstehend und haben kaum tragfähige familiäre oder freundschaftliche Beziehungen (vgl. Eikermann, et al. 2002, S. 46; Kellinghaus 2000, S. 48f.; Malyssek and Störch 2009, S. 38).

Bei der Betrachtung der Schulbildung von Wohnungslosen zeigt sich, dass die Betroffenen im Gegensatz zur Allgemeinbevölkerung einen geringeren Ausbildungsstand haben. Untersuchungen zeigen, dass 13 bzw. 18,3% keinen Schulabschluss erreicht haben, und nur 4,8

bzw. 7% das Abitur geschafft haben. 68,5 bzw. 47,9% schlossen die Volks- bzw. Hauptschule ab (vgl. Fichter, et al. 1999, S. 78; Leder, et al. 1999, S. 653)<sup>6</sup>. Zu ähnlichen Ergebnissen kommen auch Norbert Nothbaum et al., und resümieren:

*„Demnach sind fast 75 % der Wohnungslosen einer einfacheren Bildungsschicht zuzuordnen. Bildung scheint demnach im Armutsgefüge, an dessen Ende Wohnungslosigkeit stehen kann, eine gewichtige Rolle zu spielen.“ (Nothbaum, et al. 2004, S. 34)*

Bezüglich der Berufsausbildung zeigt sich ein uneindeutiges Bild. So gibt es Studien, die eine hohe Zahl an ungelernten bzw. angelernten Hilfsarbeitern unter den Wohnungslosen angeben (vgl. Leder, et al. 1999, S. 653; Torchalla, et al. 2004, S. 230) und eine Studie der BAG W mit einer weit größeren Stichprobenmenge, die zu dem Ergebnis kommt, dass 54% der Wohnungslosen über eine abgeschlossene Berufsausbildung verfügen. Wobei 75% der Befragten seit über einem Jahr arbeitslos sind (vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. 2008b, S. 16ff.). Der Großteil der Wohnungslosen ist demnach abhängig von Transferleistungen. Die hohe Zahl bezüglich der Verschuldung der Betroffenen von 65% macht deutlich, in welchen verfestigten Armutslagen sich die Betroffenen befinden (vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. 2008b, S. 21).

Orientiert an den oben genannten Einzelspielräumen von Nahnsen erschließt sich ein Bild, welches für alle fünf Spielräume einen Mangel an Handlungsalternativen und -möglichkeiten darstellt:

### **1. Versorgungs- und Einkommenspielraum**

Bezüglich der Verfügbarkeit der Mittel, die notwendig sind, um Interessen zu decken, deren Realisierung mit dem Einsatz von Geld zu erreichen ist (vgl. Nahnsen zit. n. Knecht 2010, S. 31f.), sind Wohnungslose denkbar schlecht gestellt. In der vorliegenden extremen Form der Armut reicht das Einkommen kaum, um den lebensnotwendigen Bedarf zu decken (vgl. Malyssek and Störch 2009, S. 20).

### **2. Kontakt- und Kooperationsspielraum**

Im Hinblick auf die Möglichkeit, kontinuierliche soziale Beziehungen zu unterhalten und daraus Stabilität und Bewältigungsressourcen zu ziehen (vgl. Nahnsen zit. n. Knecht 2010, S. 31f.), haben Wohnungslose wenige Optionen. Studien zeigen, dass Wohnungslose kaum in Partnerschaft oder Familie leben. Aufgrund der Ausgrenzung und Stigmatisierung haben sie kaum die Möglichkeit, außerhalb der „Szene“ der Wohnungslosen tragfähige soziale Beziehungen aufzubauen (vgl. Eikermann, et al. 2002, S. 46; Lutz and Simon 2007, S. 96).

---

<sup>6</sup> Bei der Recherche zu vorliegender Arbeit wurde in Ausnahmefällen auf Quellen zurückgegriffen, deren Veröffentlichungsdatum länger als 10 Jahre zurück liegt. Dies liegt darin begründet, dass keine neueren Untersuchungen zu der relevanten Thematik durchgeführt wurden und diese somit weiterhin als gültig betrachtet werden müssen.

### 3. Lern- und Erfahrungsspielraum

Bezüglich des möglichen Lern- und Erfahrungsgewinns (vgl. Nahnsen zit. n. Knecht 2010, S. 31f.), befinden sich Wohnungslose in einem Kreislauf der Exklusion, welcher sich mit der Zeit verfestigt und somit keine Vergleichsmöglichkeiten oder Vorstellungsmöglichkeiten alternativer Lebensweisen zulässt (vgl. Wehrheim 2006, S. 31).

### 4. Regenerations- und Mußenspielraum

Hinsichtlich der Wiederherstellung und Erholung der psychophysischen Konstitution (vgl. Nahnsen zit. n. Knecht 2010, S. 31f.) haben Wohnungslose keine Möglichkeit. Ohne Rückzugsmöglichkeiten und Privatsphäre, ständiger Unsicherheit und Instabilität haben Wohnungslose kaum den Raum sich zu erholen und nach Grundanliegen oder Alternativen zum derzeitigen Lebensentwurf zu streben (vgl. Kellinghaus 2000, S. 18).

### 5. Dispositionsspielraum

Bezüglich der drei Bereiche möglicher Dispositionspotentiale, dem privaten, dem sozioökonomischen und dem politischen (vgl. Nahnsen zit. n. Knecht 2010, S. 31f.), sind Wohnungslose kaum in der Lage zu partizipieren und haben somit wenig Einfluss auf ihre Lebenssituation und Lebensgestaltung (vgl. Lutz and Simon 2007, S. 96).

In einer Dissertation aus dem Jahr 2010 führt Ignaz Steiger teilstrukturierte Interviews mit 17 Wohnungslosen durch und kommt zusammenfassend zu folgendem Ergebnis, welches einen guten Einblick in die Perspektive der Betroffenen vermittelt:

*„Die Studienteilnehmer sehen sich von der Gesellschaft alleine gelassen. Sie sind Diskriminierungen ausgesetzt, die sich in Abwertung, Ausschluss und Vertreibung äußern. Aufgrund ihrer Armut können sie nicht am Konsum teilhaben, gleichzeitig ist es schwierig, auf dem Arbeitsmarkt Anschluss zu finden, und aufgrund der Lebensbedingungen auf der Straße ist es auch schwer, eine Arbeitsstelle zu halten. Von der Ablehnung und Beleidigung führt eine kontinuierliche Skala der Gewalt über Demütigungen, gewaltsame Vertreibung und Körperverletzungen bis zu grausamen Morden an Wohnungslosen. Zu Gewalterfahrungen treten weitere belastende Lebensereignisse wie vorzeitige Todesfälle und Erkrankungen hinzu. Das Fehlen einer Wohnung verstärkt ebenso wie der Mangel an Unterstützung aus Familien- und Freundeskreis die Auswirkungen der Ausgrenzung. Paarbeziehungen bestehen kaum. Aufgrund des permanent herrschenden Mangels kann man sich gegenseitig zu wenig unterstützen. Manche fühlen sich ausgenutzt, anderswo ist auch Verachtung gegenüber anderen Wohnungslosen spürbar. Im Ergebnis fühlen sich manche Teilnehmer von der Gesellschaft abgehängt. Die belastenden sozialen Bedingungen verursachen depressive Symptome bis hin zur Suizidalität.“ (Steiger 2010, S. 145f.)*

Trabert resümiert, dass das erhöhte Krankheitsrisiko der Betroffenen durch den additiven bzw. potenzierenden Charakter der genannten Faktoren verursacht wird und dabei der Interdependenz der verschiedenen Determinanten eine, die Morbidität im Einzelfall bestimmende, Funktion zukommt (vgl. Trabert 2002, S. 84).

### 3.4 Gesundheitliche Situation

Wohnungslose Menschen, die ohne jegliche Unterkunft auf der Straße leben, sind einem hohen Gesundheitsrisiko ausgesetzt. Die extreme Lebenssituation, geprägt durch Isolation, Armut und Drogen, führt zu einer geringen Lebenserwartung. Trabert spricht von eindeutigen Erkrankungsschwerpunkten in den Bereichen der Atmungsorgane, der Verdauungsorgane, des Herz-Kreislaufsystems, der Haut sowie des Skelettsystems. Er erwähnt des Weiteren Infektionskrankheiten und hebt psychiatrische Krankheiten sowie Alkoholsucht und deren Folgeerkrankungen hervor (vgl. Trabert 2005, S. 163).

Julia Grabs erhebt im Rahmen ihrer Dissertation Daten zu 307 in den Jahren 1999 bis 2004 in Hamburg verstorbenen Wohnungslosen und kommt dabei zu aussagekräftigen Ergebnissen in Bezug auf Todesursache und Gesundheitszustand. Das Durchschnittsalter der untersuchten Gruppe beträgt 46,52 Jahre. Davon waren über die Hälfte der Personen Alkoholiker und über ein Viertel drogenabhängig (vgl. Grabs 2006, S. 7). Folgende Abb. 2 vermittelt einen Überblick über die Todesursachen der Wohnungslosen:

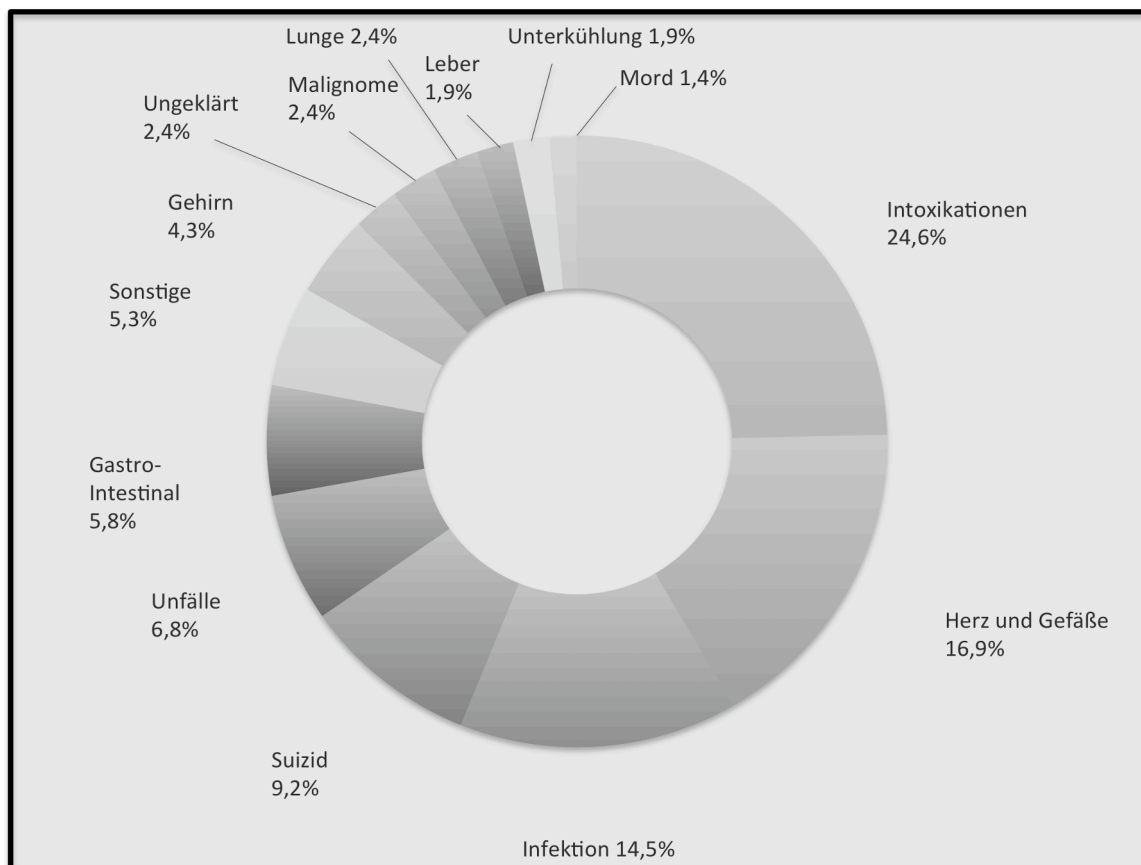


Abb. 2: Todesursachen von Wohnungslosen (Eigene Darstellung nach: Grabs 2006, S. 26).

Auffällig ist die hohe Prävalenz der Herzkrankheiten und Infektionen. Diese wird durch die Zahlen der Studie von Trabert aus dem Jahr 1995 bestätigt. Mit 24,6% ist die Überdosierung

von Betäubungsmitteln die häufigste nicht natürliche Todesursache. Bei der Betrachtung der toxikologischen Daten fällt der polytoxikomane Konsumstil der Drogenabhängigen auf. „In ca. 80% der Fälle wurden neben Heroin oder Methadon weitere Rauschmittel in den Körperflüssigkeiten nachgewiesen“ (Grabs 2006, S. 101).

Zusammenfassend beschreibt Grabs die häufigsten von krankhafter Veränderung betroffenen Organe (vgl. Grabs 2006, S. 101):

- Lunge (chron. Bronchitis (37%), Emphysem (31%))
- Herz (Hypertrophie (43%), ausgeprägte Koronarsklerose (19%), Infarktnarben (16%)),
- Gefäße (ausgeprägte Verkalkung (20%))
- Leber (Verfettung (24%) und Fettleber (34%)).

Es lässt sich eine hohe Rate an Komorbidität feststellen. „Bei über 50% der Wohnungslosen ließen sich an mehr als zwei Organsystemen wesentliche Vorschäden aufzeigen“ (Grabs 2006, S. 101). Eine 1996 in Dortmund durchgeführte Studie von Birgit Völlm et al. ergibt eine sehr hohe Komorbiditätsrate von 90% (vgl. Völlm, et al. 2004a, S. 46).

Auch eine Untersuchung von Hans Joachim Salize et al., durchgeführt in Mannheim, weist ähnliche Ergebnisse auf. Die am häufigsten aufgetretene Kombination von Erkrankungen ist Kleinhirndegeneration in Verbindung mit Leberschaden und alkoholische Polyneuropathie (vgl. Salize, et al. 2002b, S. 97). Diese Erkrankungen sind fast vollständig den Folgen von gesteigertem Alkoholkonsum zuzuordnen und lassen dementsprechend Schlüsse auf die hohe Rate von alkoholkranken Wohnungslosen zu.

Die vorliegenden Studien zum Gesundheitszustand Wohnungsloser lassen sich nur bedingt miteinander vergleichen. Dies liegt an den unterschiedlichen Durchführungsmethoden und an der Verwendung von unterschiedlichen Definitionen von Wohnungslosigkeit (vgl. Trabert 2000, S. 27; Völlm, et al. 2004a, S. 42). „Insbesondere wirft die Sampleziehung aufgrund der Unbestimmtheit der Grundgesamtheit sowie der Inhomogenität der Gruppe der Wohnungslosen [...] Probleme auf“ (Völlm, et al. 2004a, S. 42). Dennoch lässt sich unbedingt der Schluss ziehen, „dass die Prävalenz mehrerer Erkrankungsarten unter den Wohnungslosen signifikant über der der normalen Wohnbevölkerung liegt“ (Trabert 2005, S. 163). Die Ursachen der hohen Sterblichkeit und der hohen Prävalenz der Erkrankungen liegen in der Lebenssituation der Wohnungslosen sowie an individuellem Risikoverhalten. Die Reflexion der Ergebnisse der verschiedenen vorliegenden Studien „weist auf ein multifaktorielles pathogenetisches Krankheitsmodell hin. So zeigt sich beim Personenkreis der alleinstehenden Woh-

nungslosen eine Kumulation verschiedener krankheitsverursachender bzw. -fördernder Faktoren“ (Trabert 2000, S. 27).

Folgende Abb. 3 vermittelt einen Überblick über Faktoren, die den Gesundheitszustand Wohnungsloser negativ beeinflussen:

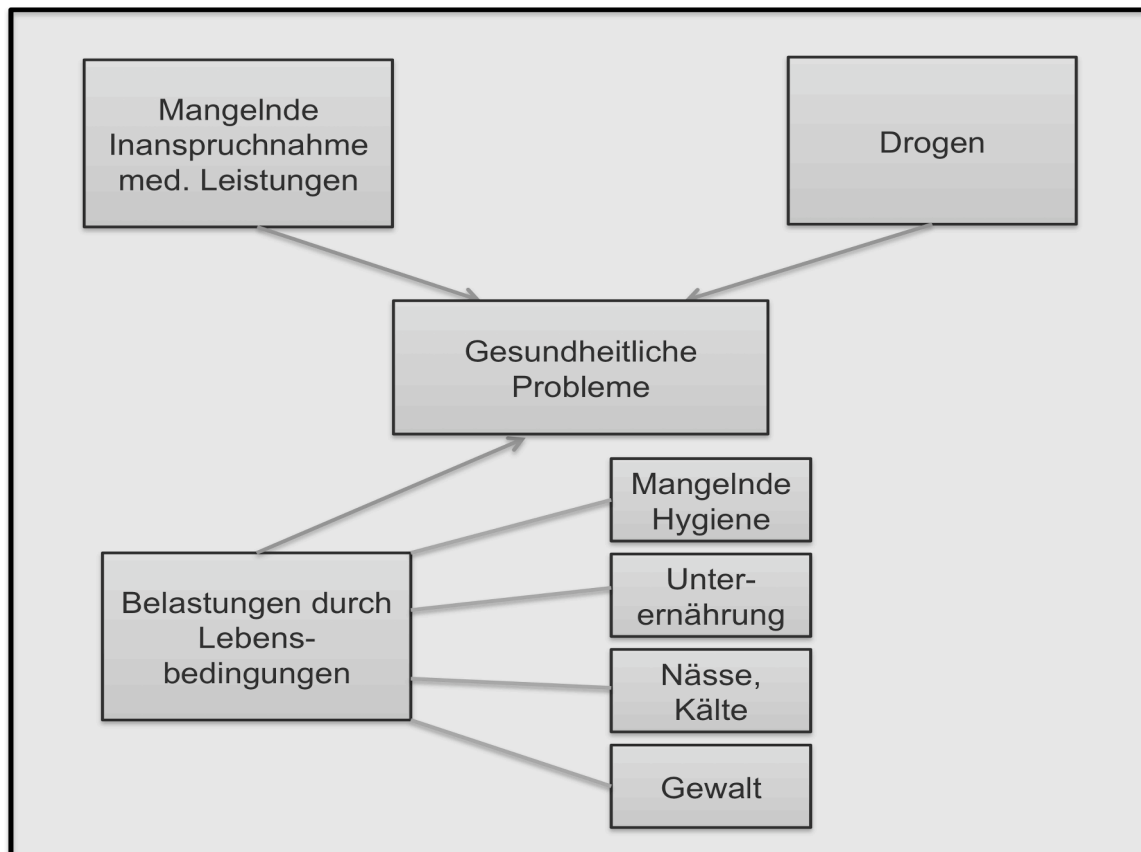


Abb. 3: Faktoren, die den Gesundheitszustand Wohnungsloser negativ beeinflussen (Eigene Darstellung).

### 3.5 Geschlechtsunterschiede

Wie in Kapitel 2.2 beschrieben, gibt es in Deutschland eine wachsende Zahl wohnungsloser Frauen. Die Form der Wohnungslosigkeit und die Lebensbedingungen unterscheiden sich von denen der Männer. Die Autoren Helma Hesse-Lorenz und Renata Zanjani sprechen von einer unsichtbaren bzw. verdeckten Wohnungslosigkeit bei Frauen, da es diesen mehr als den Männern gelingt, sich für einen längeren Zeitraum eine Unterkunft zu beschaffen. Oft gehen sie dabei prostitutionsähnliche Verhältnisse ein, um den Aufenthalt auf der Straße zu vermeiden (vgl. Hesse-Lorenz and Zanjani 2002, S. 115; Schaak 2002, S. 56).

Eine Studie von Manfred Fichter et al. untersucht unter anderem 32 wohnungslose Frauen in München und weist auf deutliche Unterschiede zwischen wohnungslosen Frauen und Män-



nern hin. Die Frauen waren beim Eintritt in die Wohnungslosigkeit jünger und sind stärker von psychischen Erkrankungen betroffen (vgl. Fichter, et al. 1999, S. 78).

Dass wohnungslose Frauen deutlich jünger sind, zeigt auch Torsten Schaak in seiner Untersuchung in Hamburg aus dem Jahr 2009. So liegt der Medianwert für das Lebensalter in Hamburg bei 38 Jahren bei den Frauen und bei 44 Jahren bei den Männern (vgl. Schaak 2009, S. 22). Ein weiterer Unterschied liegt in der Dauer der Wohnungslosigkeit. Die wohnungslosen Frauen leben nach dem arithmetischen Mittelwert seit durchschnittlich 45,5 Monaten auf der Straße, die Männer hingegen bereits seit 61,7 Monaten (vgl. Schaak 2009, S. 26). Des Weiteren lässt sich feststellen, dass die Frauen ähnlich oft Gewalterfahrungen machen wie Männer, aber zudem über 60% sexuellen Missbrauch erfahren (vgl. Fichter, et al. 1999, S. 77). Die Münchner Untersuchung sowie eine in Tübingen durchgeführte Studie, zeigen ein ähnliches Bild in Bezug auf den soziodemografischen und soziostrukturellen Status der untersuchten weiblichen Wohnungslosen. Über 20% der Befragten verfügen über keinen Schulabschluss und 70% haben eine Ausbildung abgebrochen bzw. noch nie eine begonnen (vgl. Fichter, et al. 1999, S. 77 ; Torchalla, et al. 2004, S. 230). Diese Zahlen übertreffen die der wohnungslosen Männer.

Ein Unterschied zwischen den beiden Studien lässt sich bezüglich der sozialen Situation der untersuchten Frauen finden. In der Tübinger Studie haben alle Befragten Kontakt zu Freunden oder Angehörigen (vgl. Torchalla, et al. 2004, S. 233), während 30% der untersuchten Frauen in München keinen Kontakt mehr zu ihrer Familie haben (vgl. Fichter, et al. 1999, S. 79).<sup>7</sup> Hinsichtlich der sozialen Einbindung ist festzuhalten, dass wohnungslose Frauen deutlich besser gestellt und weniger isoliert sind als wohnungslose Männer (vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. 2008b; Eikermann, et al. 2002, S. 132). Bei der Betrachtung der Lebenslage von wohnungslosen Frauen im Vergleich zu wohnungslosen Männern lässt sich demnach ein Bild zeichnen, welches zusätzlich geprägt ist von sexueller Gewalt und einer sehr hohen Prävalenz von psychischen Erkrankungen.

---

<sup>7</sup> Die Unterschiede der Ergebnisse bezüglich der sozialen Kontakte lassen sich teilweise durch das Umfeld, in dem die Studien stattfanden, erklären: München mit großstädtischen Strukturen und Tübingen als kleine Studentenstadt am Rand eines Ballungsgebietes.

## 4. Die Lebenslage chronisch psychisch Kranker

Psychische Erkrankungen treten in allen Altersgruppen und Gesellschaftsschichten auf. Daher ist es problematisch von der Lebenslage psychisch kranker Menschen zu sprechen. Hinzu kommen die immense Bandbreite an Krankheitsbildern und die individuelle Symptomatik der Betroffenen. Wird eine psychische Erkrankung chronisch, lassen sich jedoch vermehrt gemeinsame Punkte und Übereinstimmungen feststellen. Daher wird zur Beschreibung der Lebenslage von chronischen psychischen Erkrankungen ausgegangen. Ab wann eine Erkrankung als chronisch gilt wird über die Dauer und die Behandlungsbedürftigkeit definiert. In den sogenannten „Chroniker Richtlinien“ des gemeinsamen Bundesausschusses aus dem Jahr 2004 heißt es dazu:

1. *„Eine Krankheit i. S. d. § 62 Abs. 1 Satz 2 SGB V ist ein regelwidriger körperlicher oder geistiger Zustand, der Behandlungsbedürftigkeit zur Folge hat. Gleiches gilt für die Erkrankung nach § 62 Abs. 1 Satz 4 SGB V.*
2. *Eine Krankheit ist schwerwiegend chronisch, wenn sie wenigstens ein Jahr lang, mindestens einmal pro Quartal ärztlich behandelt wurde (Dauerbehandlung) und eines der folgenden Merkmale vorhanden ist:*
  - a) *Es liegt eine Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe 2 oder 3 nach dem zweiten Kapitel SGB XI vor.*
  - b) *Es liegt ein Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 60 oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 60% vor, wobei der GdB oder die MdE nach den Maßstäben des § 30 Abs. 1 BVG oder des § 56 Abs. 2 SGB VII festgestellt und zumindest auch durch die Krankheit nach Satz 1 begründet sein muss.*
  - c) *Es ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Behandlungspflege, Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln) erforderlich, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die aufgrund der Krankheit nach Satz 1 verursachte Gesundheitsstörung zu erwarten ist.“*

Die vorliegende Arbeit definiert *chronisch* psychisch kranke Menschen als Individuen, die im Zuge ihrer psychischen Erkrankung längerfristig in verschiedenen Bereichen des sozialen Lebens beeinträchtigt und somit massiv von Exklusion bedroht sind. Die Ursachen, die dazu beitragen, dass eine psychische Erkrankung chronisch wird, sind komplex und kaum zu konkretisieren. Dennoch lässt sich feststellen, dass den sozialen Bedingungen bei der Chronifizierung eine tragende Rolle zukommt (vgl. Dörner 2001, S. 27). So bieten negative Erfahrungen, wie die Einbuße des Arbeitsplatzes, die gewaltsame Lösung von der Familie oder der Verlust von freundschaftlichen Beziehungen, also Erfahrungen, die zur Isolation der Betroffenen beitragen, Voraussetzungen für die Chronifizierung der Erkrankung (vgl. Eikelmann and Zacharias 2005, S. 212).

Es kann nach Bernd Eikelmann davon ausgegangen werden, dass zwischen ein und drei Prozent der Bevölkerung in Deutschland chronisch psychisch krank sind (vgl. Eikelmann 1998, S. 24; Eikelmann and Zacharias 2005, S. 216). Im Folgenden werden Gemeinsamkeiten bei chronisch psychisch Kranken in Bezug auf sozialökonomische Aspekte erläutert.

## 4.1 Sozialökonomische Aspekte

Chronische Krankheiten sind durch Dauerhaftigkeit und Langfristigkeit gekennzeichnet. Durch die oft langjährige Verlaufsdauer kommt es nicht selten zu Folgeerscheinungen wie Multimorbidität oder der Überlagerung von Krankheits- und Therapiefolgen (vgl. Schaeffer and Moers 2000, S. 449). Zusätzlich ist eine besondere Verlaufsdynamik charakteristisch, die sich auszeichnet durch die „wechselnde Abfolge von krisenhaften, instabilen und stabilen Phasen, die jeweils mit eigenen Anforderungen an die Krankheitsbewältigung und Veränderung des Hilfebedarfs verbunden sind“ (ebd. S. 449).

Eine chronische psychische Erkrankung ist eine sehr komplexe Erkrankung, die folgende Merkmale, Eigenschaften und Folgen für den Erkrankten mit sich bringen kann (vgl. Dunkelberg and Sperber):

- meist langwieriger Verlauf
- in der Regel mit Komplikationen verbunden
- kann asymptomatisch oder symptomatisch sein
- meist eine gewisse Problematik mit der Compliance aufweist
- bringt oft mehrere Nebenerkrankungen mit sich
- regelmäßige Arztbesuche
- medikamentöse Einstellung
- tägliches Krankheitsmanagement - Kosten (Geld und Zeit)
- Auswirkungen auf Familie und den Beruf
- Beschäftigung mit Prognose, Spätfolgen
- Verlust des Gefühls der Unversehrtheit
- Einschränkung der Lebensqualität.

Diese Merkmale betreffen alle Lebensbereiche des Erkrankten. Die Entstehung, der Verlauf und die Ausprägung einer chronischen psychischen Erkrankung sind von persönlichen und sozialen Bedingungen abhängig und in den meisten Fällen ist keine Kontinuität im Krankheitsverlauf und in der Symptomatik zu erkennen. Durch die Verlaufsdynamik, gekennzeichnet durch eine nicht kalkulierbare Wechselhaftigkeit von stabilen, teilweise symptomfreien Abschnitten und instabilen krisenhaften Abschnitten, ist eine Anpassung kaum möglich (vgl. Schaeffer and Moers 2000, S. 454). Mit den negativen Auswirkungen, die sich in allen Lebensbereichen wiederfinden lassen, geht häufig soziale Exklusion und Isolation einher. So gehören psychisch Kranke „seit der Aufklärung zu den gesellschaftlich gering geachteten und diskriminierten Gruppen, für die es unzählige Pejorative und Verunglimpfungen gibt“ (Eikelman and Zacharias 2005, S. 210). Eine chronische psychische Erkrankung steht fast

immer im Zusammenhang mit sozialem Abstieg, mit Arbeitslosigkeit, mit ungünstigen Wohnverhältnissen und Armut. Arbeit als eine grundlegende soziale Kategorie prägt entscheidend die Beziehungen der Menschen untereinander sowie die Persönlichkeitsentwicklung des Einzelnen (vgl. Waller 2007, S. 58). Arbeitslosigkeit ist demnach als ein eigenständiger Risikofaktor zu verstehen, durch den das Risiko von psychischen Krankheiten steigt (vgl. Kieselbach and Beelmann 2006, S. 13). Durch den Ausschluss aus dem Arbeitsleben kommt es automatisch zu einer sozialen Ausgrenzung. In der heutigen Gesellschaft, die sich über Arbeit und Leistung definiert, kommt dadurch eine Exklusionsspirale in Gang. Die Ausgrenzung aus dem Teilbereich des Arbeitslebens hat Folgen für Partizipationsmöglichkeiten in anderen Bereichen. Soziale Isolation kann dabei als Resultat, aber gleichzeitig auch als Verstärker wirken (vgl. Wehrheim 2006, S. 33). Die Exklusion aus dem Arbeitsleben hat für die Betroffenen weit schwerwiegendere Folgen als die wirtschaftlich-ökonomischen. Ernst von Kardoff spricht diesbezüglich von psychologischen, kommunikativen, sozialen und statusbezogenen Aspekten (vgl. Kardoff and Ohlbrecht 2006, S. 23).

Eikelmann beschreibt, wie soziale Exklusion externen und internen Stress erzeugt und als komorbide Kondition zu einer bestehenden psychischen Erkrankung hinzutreten kann (vgl. Eikelmann, et al. 2005a, S. 668). Durch die Verstärkung der negativen Aspekte der Erkrankung, im Zuge der sozialen Ausgrenzung, wird die Exklusionsspirale perpetuiert. Folgende Abb. 4 verdeutlicht den Kreislauf der Exklusion:

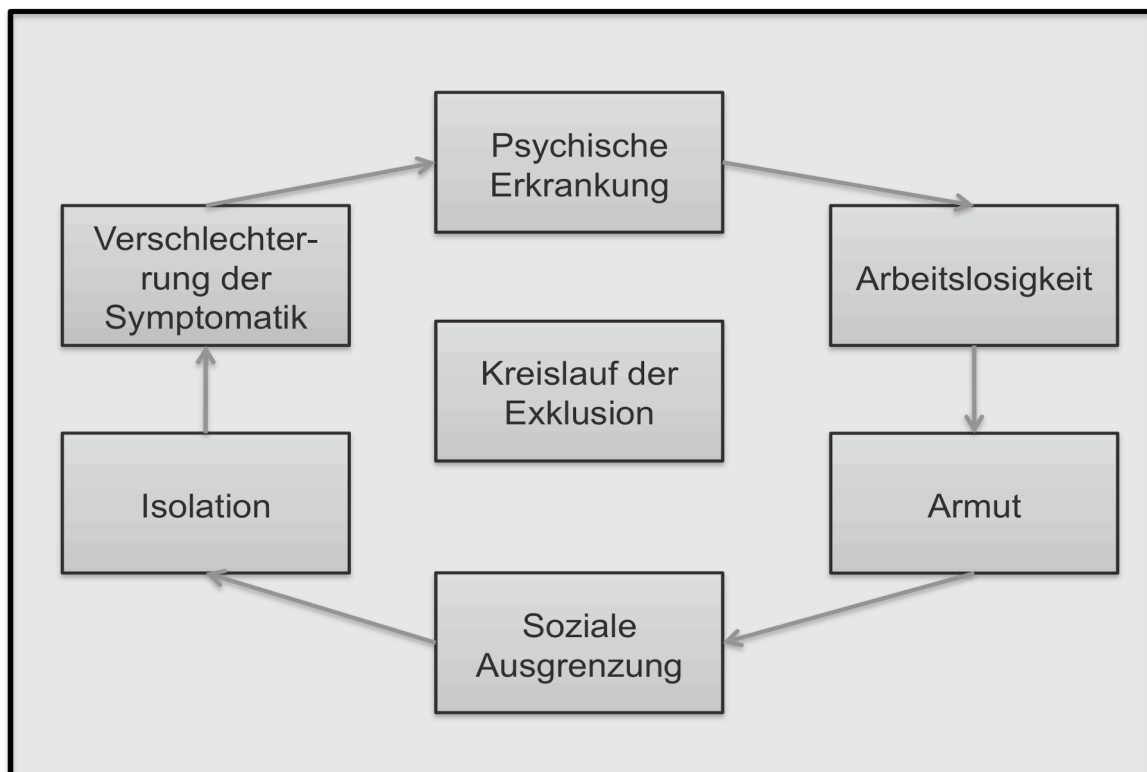


Abb. 4: Kreislauf der Exklusion (Eigene Darstellung nach: Office of the Deputy Prime Minister 2004, S. 20).

Ein Bericht aus Großbritannien mit dem Titel „Mental Health and Social Exclusion“ zeigt, dass sich nur 24% der chronisch psychisch Kranken in einem Arbeitsverhältnis befinden (vgl. Office of the Deputy Prime Minister 2004, S. 11). In Deutschland gibt es wenige Zahlen zu dieser Thematik. Eine Untersuchung des Bundesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker e.V. kommt zu einem Ergebnis von knapp 12% (vgl. Eikermann, et al. 2005a, S. 669). Sicher ist, dass die Lebenswelt chronisch psychisch kranker Menschen oft von finanzieller Not geprägt ist. „Nur wenige sind beschäftigt, manche in der WfbM oder mit 1-Euro-Jobs, die meisten erhalten Grundsicherung“ (Eichenbrenner and Clausen 2010, S. 75). Diese niedrige Quote liegt in verschiedenen Faktoren begründet. Ein Teil der chronisch psychisch Kranken sind aufgrund ihrer gesundheitlichen Situation nicht in der Lage zu arbeiten. So sind psychische Krankheiten mittlerweile zu einer der häufigsten Ursache von Erwerbsunfähigkeit geworden (vgl. Kardoff 2010, S. 291). Der arbeitsfähige und arbeitswillige Teil hat es schwer eine Arbeitsstelle zu finden. Die meisten psychischen Erkrankungen mit chronischem Verlauf manifestieren sich im jungen Erwachsenenalter (vgl. Steinhausen 2006, S. 17f.). Die Erkrankung hat in diesem Alter einen besonderen negativen Einfluss auf die Schulbildung oder berufliche Ausbildung der Betroffenen. Daher sind chronisch psychisch Kranke oft schlecht für den Arbeitsmarkt qualifiziert (vgl. Wittchen and Jacobi 2005, S. 370). Eine weitere Rolle spielt dabei die Stigmatisierung und Ausgrenzung. Befragungen zeigen, dass von Seiten der Betriebe kaum die Bereitschaft besteht, Menschen mit einer psychischen Erkrankung einzustellen (vgl. Schubert zit. n. Eikermann, et al. 2005a, S. 669). Hinzu kommt die rein gewinnorientierte Perspektive der Betriebe, die keine Rücksicht auf psychisch erkrankte Arbeitnehmer nehmen (vgl. Eikermann, et al. 2005a, S. 668).

Es lässt sich ein Bild von chronisch psychisch kranken Menschen zeichnen, welches geprägt ist durch langjährige Psychiatriekarrieren mit wiederholten Klinikaufenthalten und gravierenden Problemen in den Lebensbereichen Arbeit, materiellen Ressourcen, Wohnen und Sozialkontakten (vgl. Dörr 2005, S. 68). Orientiert an den Einzelspielräumen von Nahnsen erschließt sich ein Bild, welches für alle fünf Spielräume ein Mangel an Handlungsalternativen und -möglichkeiten darstellt:

#### **1. Versorgungs- und Einkommenspielraum**

Bezüglich der Verfügbarkeit der Mittel, die notwendig sind um Interessen zu decken, deren Realisierung mit dem Einsatz von Geld zu erreichen ist (vgl. Nahnsen zit. n. Knecht 2010 S. 31f.), haben chronisch psychisch Kranke wenig Möglichkeiten. Aufgrund von verminderter bis fehlender Teilhabe an beruflicher Tätigkeit und Weiterbildung haben Betroffene wenige wirtschaftlich-ökonomische Mittel zu Verfügung (vgl. Haverkamp 2008, S. 328; Obert 2001, S. 6).

## 2. **Kontakt- und Kooperationsspielraum**

Hinsichtlich der Möglichkeit kontinuierliche soziale Beziehungen zu unterhalten und daraus Stabilität und Bewältigungsressourcen zu ziehen (vgl. Nahnsen zit. n. Knecht 2010, S. 31f.), haben chronisch psychisch Kranke wenige Optionen. Mit der Erkrankung geht oft soziale Isolation einher. Damit fehlen den Betroffenen Ressourcen zur Bewältigung von inneren (psychischen) und äußeren (materiellen) Problemen (vgl. Eikelmann, et al. 2005b, S. 1104; Wehrheim 2006, S. 33).

## 3. **Lern- und Erfahrungsspielraum**

In Bezug auf die Möglichkeit zu lernen und Erfahrungen zu gewinnen (vgl. Nahnsen zit. n. Knecht 2010, S. 31f.), sind chronisch psychisch Kranke schlecht gestellt. Durch die Isolation verstärkt sich die Exklusionsspirale und es fehlt den Betroffenen an Kenntnissen und Verhaltensmöglichkeiten sowie an Vorstellungsmöglichkeiten alternativer Lebensweisen (vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.v. 2006, S. 14; Wehrheim 2006, S. 31).

## 4. **Regenerations- und Mußespielraum**

Die Fähigkeit sich zu regenerieren und die psychophysische Konstitution wieder herzustellen (vgl. Nahnsen zit. n. Knecht 2010, S. 31f.) ist bei chronisch psychisch Kranken eingeschränkt. Durch den langwierigen Krankheitsverlauf, das tägliche Krankheitsmanagement (vgl. Dunkelberg and Sperber) und die fehlende Sicherheit in Bezug auf psycho-physische und ökonomische Existenz bleibt kaum Raum für Muße und Regeneration.

## 5. **Dispositionsspielraum**

Bezüglich der drei Bereiche möglicher Dispositionspotentiale, dem privaten, dem sozioökonomischen und dem politischen (vgl. Nahnsen zit. n. Knecht 2010, S. 31f.), sind chronisch psychisch Kranke kaum in der Lage zu partizipieren und haben somit wenig Einfluss auf ihre Lebenssituation und Lebensgestaltung (vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.v. 2010, S. 17).

Einen Einblick in die Betroffenenperspektive vermittelt eine Untersuchung von Mathias Angermeyer et al. mit chronisch psychisch Kranken und deren Angehörigen. Die Ergebnisse, eingeteilt in sogenannte Fokusgruppen, erlauben folgende Kategorisierung (vgl. Angermeyer, et al. 2003, S. 595):

- Stigmatisierung in interpersonellen Interaktionen
- Darstellung psychisch Kranker in der Öffentlichkeit
- Zugang zu sozialen Rollen
- Strukturelle Diskriminierung.

Die Ergebnisse machen deutlich, in welchen verschiedenen gesellschaftlichen Ebenen die Betroffenen Stigmatisierung und Exklusion erfahren. Die Erfahrungen diesbezüglich reichen von Exklusion im zwischenmenschlichen Bereich bis hin zu Benachteiligung in der Gesetzgebung und Versorgung. Die häufigsten stigmatisierenden Erfahrungen wurden in der Dimension *interpersonellen Interaktion* gemacht, gefolgt von *struktureller* Diskriminierung (vgl. ebd. S. 598). Die Erfahrungen von Stigmatisierung und Exklusion tragen zu oben erläuterten „Teufelskreis“ bei und können eine Chronifizierung begünstigen.

## 4.2 Geschlechtsunterschiede

Das Lebenszeitrisiko psychisch zu erkranken liegt bei 42,6%, bei Frauen etwas darüber (48,9%) und bei Männern etwas darunter (36,8%), wobei bei ihnen der Anteil an Suchterkrankungen höher ist (vgl. Kardoff 2008, S. 294). In einer Übersichtsarbeit zur Prävalenz psychischer Störungen in Europa von 2005 kommen Hans- Ulrich Wittchen und Frank Jacobi zu dem Ergebnis, dass 33,2% der Frauen und 21,7% der Männer im letzten Jahr eine psychische Störung aufwiesen, wobei alle Störungsgruppen außer psychotischen Störungen und Störungen durch Substanzgebrauch bei Frauen mindestens doppelt so häufig wie bei Männern auftraten (vgl. Wittchen and Jacobi 2005, S. 366). Die Ursache für die Geschlechtsunterschiede bzw. für die höhere Prävalenz bei Frauen liegt laut der WHO einerseits in dem Rollenkonflikt, der sich aus der Verantwortung Ehefrau, Mutter und Arbeitnehmer zu sein, ergibt und andererseits an der hohen Quote von häuslicher und sexueller Gewalt. Diese Aspekte erhöhen das Risiko psychisch zu erkranken (vgl. World Health Organization 2001, S. 14f.). Anne Maria Möller-Leimkühler beschreibt hingegen, dass die Faktoren, die die Prävalenzunterschiede verursachen, erst ansatzweise untersucht sind und grundsätzlich zu den sozialen auch biologische und psychische Faktoren einbezogen werden müssen (vgl. Möller-Leimkühler 2008, S. 290). Untersuchungen aus den 90er Jahren in Deutschland zeigen, dass bei weiblichen Betroffenen die depressiven, sowie die angst- und körperbezogenen Syndrome vermehrt auftreten, hingegen bei den männlichen Betroffenen die alkohol- und drogenbedingten Störungen überwiegen (vgl. Ernst 2001, S. 53). Diese Ergebnisse bestätigen somit die aktuellen Zahlen und Ergebnisse von Wittchen und Jacobi. Von einem chronischen Verlauf der Erkrankung sind wiederum mehr Männer betroffen als Frauen (vgl. Eikelmann 1998, S. 24f.). Eikelmann führt dies auf das geschlechtsabhängige Gesundheitsverhalten zurück. Dies zeigt sich unter anderem dadurch, dass Männer weniger Bereitschaft zeigen, Vorsorgeuntersuchungen oder psychosoziale Dienste in Anspruch zu nehmen und ärztliche Vorgaben ungenauer befolgen (Eikelmann, et al. 2002).

## 5. Psychische Erkrankung und Wohnungslosigkeit

Das folgende Kapitel beschäftigt sich mit Personen, die über keinen eigenen Wohnsitz verfügen und an einer psychischen Erkrankung<sup>8</sup> leiden. Unter 5.1 wird das Zusammenwirken dieser beiden Problemlagen erläutert und auf die mehrfachbelasteten Lebenslagen der Betroffenen hingewiesen. Unter Punkt 5.2 wird dem Leser ein Überblick über den nationalen und internationalen Forschungsstand vermittelt. Des Weiteren werden Geschlechtsunterschiede und der Aspekt der Komorbidität näher beleuchtet. Nachdem in Kapitel 5.3 die häufigsten psychischen Erkrankungen von Wohnungslosen erläutert werden, dies sind Suchterkrankungen und Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis, beschreibt Punkt 5.4 die Nutzung psychiatrischer Einrichtungen durch das zu untersuchende Klientel. Unter Punkt 5.5 wird der Fokus erstmals auf die Stadt Hamburg gelegt und die Situation der Betroffenen bezüglich Umfang und Möglichkeiten der Unterbringung beschrieben.

### 5.1 Zusammenhang zwischen Wohnungslosigkeit und psychischen Erkrankungen

Der Zusammenhang zwischen einem Leben in der Wohnungslosigkeit und einer psychischen Erkrankung stellt sich komplex und wechselseitig dar. Um diesen zu verstehen, ist eine Betrachtungsweise nötig, die die Entstehung und den Verlauf von psychischen Krankheiten eng mit der sozialen Situation der Betroffenen verknüpft. Soziale Faktoren beeinflussen die Entstehung und den Verlauf psychischer Erkrankungen (vgl. Eikelmann and Zacharias 2005, S. 212; Rössler 2004, S. 8). Als auslösende Momente oder verursachende Faktoren in Form von chronischen, andauernden Belastungen, in Interaktion mit kritischen Lebensereignissen, tragen soziale Aspekte zur Entwicklung von psychischen Krankheiten bei (vgl. Möller-Leimkühler 2008, S. 281ff.). Durch ein stabiles soziales Netzwerk können die negativen Auswirkungen von Stressoren, die psychische Störungen auslösen können, durch soziale Unterstützung abgemildert werden (vgl. Rössler 2004, S. 9). In Verbindung mit persönlichen Potenzialen bildet die soziale Unterstützung eine Copingressource, die „die Wahl der Copingstrategien steuert und damit die Effektivität der Bewältigung fördert – oder diese als Vulnerabilitätsfaktoren behindert“ (Möller-Leimkühler 2008, S. 285).

Die Problemlage der Wohnungslosigkeit und die der psychischen Erkrankung, aus denen eine mehr oder weniger ausgeprägte soziale Problemlage resultiert (vgl. Zimmermann 2008, S. 212), können sich gegenseitig verstärken oder bedingen. Der Zusammenhang stellt sich

---

<sup>8</sup> In diesem Kapitel wird nicht ausschließlich auf chronisch psychisch Erkrankte eingegangen, da die dargestellten Untersuchungen den Aspekt der Chronizität überwiegend nicht berücksichtigen.



komplex und dynamisch dar. Psychisch kranke Menschen sind anfällig für den Verlust ihrer Wohnung. Häufig sind sie aufgrund ihrer Erkrankung nicht in der Lage, ihre Wohnung instand zu halten. Verwahrlosung, Vermüllung und Mietschulden führen zur Kündigung (vgl. Behnsen 2004, S. 158). Auch durch die Auflösung der psychiatrischen Kliniken und Langzeitbereiche verlassen psychisch Kranke aus unterschiedlichen Gründen psychiatrische Einrichtungen und werden dann häufig wohnungslos (vgl. Eichenbrenner and Clausen 2010, S. 83). Andererseits können die beschriebenen Lebensbedingungen der Wohnungslosigkeit erst der Auslöser einer psychischen Erkrankung sein, so dass diese erst in der Wohnungslosigkeit ausbricht und der Wohnungsverlust durch andere Problemlagen verursacht wurde.

Wohnungslosigkeit schlägt sich somit einerseits häufig in chronischen psychischen Erkrankungen nieder, andererseits kann eine schwere psychische Erkrankung in die Wohnungslosigkeit führen (vgl. Haverkamp 2008, S. 327; World Health Organization 2001, S. 14). Die Frage nach der Verursachung und Kausalität kann nicht eindeutig beantwortet werden, da zu viele Faktoren ineinander greifen und durch die Wechselseitigkeit beide „Wege“ möglich sind (Eichenbrenner and Clausen 2010, S. 83).

Eine Studie aus dem Jahr 2000 aus den USA untersucht psychisch kranke Wohnungslose und kommt zu dem Ergebnis, dass die Betroffenen signifikant häufiger aus problembelasteten Familien stammen und somit eine schlechte soziale Ausgangslage haben. Greer Sullivan spricht in diesem Zusammenhang von einer „doppelten Dosis“ an Benachteiligung, Armut, Instabilität und Gewalt (vgl. Sullivan, et al. 2000, S. 448). Hinsichtlich des Bedingungsgefüges von psychischer Erkrankung und Wohnungslosigkeit kommt die Studie zu keinem eindeutigen Ergebnis, beschreibt aber, dass der Großteil der Betroffenen schon vor dem Leben in der Wohnungslosigkeit psychisch erkrankte. Zu einem ähnlichen Ergebnis kommen auch Carmelo Vazquez et. al in ihrer vergleichenden Studie zur Prävalenz psychischer Erkrankungen in Los Angeles und Madrid. Demnach haben 78 bis 100% der Wohnungslosen mit einer Suchterkrankung<sup>9</sup> schon vor dem Eintreten der Wohnungslosigkeit an dieser Form der Erkrankung gelitten (vgl. Vazquez and Munoz 2001, S. 19). Das Auftreten von Suchterkrankungen setzen Vazquez und Munoz wiederum in Verbindung mit sogenannten „Stressful life events“ im bisherigen Leben der Betroffenen, wie beispielsweise der Verlust einer nahestehenden Person, weisen aber darauf hin, dass eine kausale Interpretation der Ergebnisse aufgrund der Komplexität des Bedingungsgefüges nicht angebracht ist (vgl. Vazquez and Munoz 2001, S. 19f).

---

<sup>9</sup> Siehe für weiteren Ausführungen zu Suchterkrankungen Kapitel 5.3: Die häufigsten psychischen Erkrankungen bei Wohnungslosen.

Die negative familiäre Ausgangslage und die Wohnungslosigkeit selbst sind als Stressoren zu verstehen, die eine psychische Erkrankung auslösen oder verstärken können (vgl. Sullivan, et al. 2000, S. 449). Die unter Punkt 2.3 beschriebene Vulnerabilität in Bezug auf Wohnungslosigkeit, verursacht durch instabile familiäre und soziale Verhältnisse, gleichbedeutend mit fehlender oder geringer sozialer Unterstützung, kann auch ein Risiko für die Entstehung oder zumindest für den negativen, schweren Verlauf einer psychischen Erkrankung darstellen.

Es gilt als gesichert, dass Angehörige unterer Gesellschaftsschichten über deutlich schlechtere Copingressourcen und über ineffektivere Copingstrategien verfügen (vgl. Möller-Leimkühler 2008, S. 286). Dies kann in eine soziale, materielle und psychische Notlage und im Extremfall in die Wohnungslosigkeit führen. Durch das Leben in der Wohnungslosigkeit, der untersten möglichen Gesellschaftsschicht, in dem die Betroffenen über fast keine Copingressourcen verfügen, chronifizieren sich die extremen Lebensbedingungen und die psychische Erkrankung.

Die Aspekte wohnungslos und psychisch krank tragen dabei immens zur sozialen Exklusion der Betroffenen bei. Dadurch entfällt der Großteil der noch vorhandenen sozialen Unterstützung, die für die Aufrechterhaltung oder Wiedererlangung der psychischen Gesundheit notwendig wäre (vgl. Kellinghaus 2000, S. 76). Ergebnisse einer Studie von Kellinghaus über psychisch kranke Wohnungslose verdeutlichen dies. Demnach war kein Betroffener verheiratet, nur 30% hatten in letzter Zeit Kontakt zu Angehörigen und nur ca. 20% konnten eine Vertrauensperson nennen. Somit fehlen meist Bezugspersonen, die den Krankheitsverlauf positiv beeinflussen könnten. Hinzu treten die extremen Lebensbedingungen der Wohnungslosigkeit, die das Fortschreiten der Erkrankung fördern. (vgl. ebd., S. 75f.).

Salize et al. bestätigen durch ihre 2006 in Mannheim durchgeführte Studie über von Wohnungslosigkeit bedrohte Personen, die Mischung aus psychopathologischen und sozialen Faktoren, die das Risiko wohnungslos zu werden, erhöhen. Die bedeutsamsten Risikofaktoren sind Arbeitslosigkeit, Alkoholismus und mangelnde soziale Unterstützung (vgl. Salize, et al. 2006, S. 1353). Im Zuge der Untersuchung wurden 101 Probanden interviewt, bei denen anhängige Mietschulden bestanden und/oder Räumungsklagen bzw. Zwangsräumungen bevorstanden. Ca. die Hälfte der Betroffenen hatte in der Vergangenheit bereits Erfahrungen mit Wohnungslosigkeit gemacht. Bei 79,3% der Probanden liegt aktuell eine psychische Störung oder Erkrankung vor, wobei die Rate der Komorbidität mit 30% recht hoch liegt. Die Lebenszeitprävalenz<sup>10</sup> liegt mit 86,1% erwartungsgemäß etwas höher. Im Vergleich mit Studien zur Prävalenz von psychischen Krankheiten bei Wohnungslosen (vgl. Kapitel 5.2) liegt das

---

<sup>10</sup> Unter der Lebenszeitprävalenz versteht man die Häufigkeit von Krankheitsfällen im bisherigen Leben des Probanden.

Ausmaß auf mindestens dem selben Niveau, wobei die Quote bezüglich Angst- und Belastungsstörungen sowie affektiven Störungen bei von Wohnungslosigkeit bedrohten Menschen sogar höher liegt, als bei bereits Wohnungslosen. Probanden der Untersuchung, die bereits ein- oder mehrmals wohnungslos waren, haben eine signifikant höhere Quote an psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen als jene, die noch keine Erfahrungen mit Wohnungslosigkeit gemacht haben (vgl. Salize, et al. 2006, S. 1353). Die hohe Quote von psychischen Erkrankungen bei den untersuchten Probanden, die bereits in der Vergangenheit wohnungslos waren und denen, die bisher noch nicht in die Wohnungslosigkeit abgerutscht sind, bestätigt die Aussage, dass es sich bei dem Zusammenhang von psychischen Erkrankungen und sozialen Notlagen um ein komplexes Bedingungsgefüge handelt, welches die Ursache für Wohnungslosigkeit darstellen kann.

Die unter Punkt 3. beschriebenen Lebenslagen von Wohnungslosen und die unter Punkt 4. beschriebenen Lebenslagen von chronisch psychisch kranken Menschen machen deutlich, in welcher mehrfach belasteten Situation sich Betroffene befinden, die über keinen festen Wohnsitz verfügen und an einer schweren psychischen Erkrankung leiden. Orientiert an den Handlungsspielräumen beschrieben auf S. 15f. und S. 24f. erschließt sich das Bild einer Personengruppe, welche in Bezug auf alle Spielräume einen extremen Mangel an Handlungsmöglichkeiten aufweist. Eichenbrenner spricht in diesem Zusammenhang von einer kaum zu durchbrechenden Spirale von psychischer Störung, Sucht und Wohnungslosigkeit (vgl. Eichenbrenner and Clausen 2010, S. 83). Die Chancen durch autonomes Handeln aus der Wohnungslosigkeit herauszukommen sind durch das Fehlen von Ressourcen - insbesondere sozialer Netzwerke - recht eingeschränkt (vgl. Ludwig-Mayerhofer 2008, S. 509).

*„Je länger ein Mensch obdachlos ist, desto schlechter ist in der Regel seine gesundheitliche und psycho-soziale Situation und umso schwerer ist es, diesem Menschen wirkungsvoll zu helfen und Wohnraum zu beschaffen.“ (Schaak 2004, S. 62)*

Die Dauer der Wohnungslosigkeit, aber auch der psychischen Erkrankung, stellen Faktoren dar, die einen erheblichen Einfluss auf den Ausgrenzungsprozess der Betroffenen haben. Hinzu kommt der Faktor des sozialen Raums, in dem Konzentrationseffekte wirksam werden. So bleiben die Betroffenen meist nur unter sich oder sind soweit isoliert, dass kaum soziale Ressourcen vorhanden sind. Die Art der institutionellen Verbindung zwischen den Dimensionen wie beispielsweise des Arbeits- und des Wohnungsmarkts, aber auch des Gesundheitssystems, erhöht die Wahrscheinlichkeit der Ausgrenzung (vgl. Kronauer 2010, S. 52).

*„Bei wohnungslosen psychisch Kranken treffen eine klinisch belangvolle Symptomatik, eine extrem belastende Lebenssituation und eine überwiegend ablehnende Einstellung gegenüber psychiatrischer Behandlung zusammen.“ (Reker 1999, S. 4)*

Es handelt sich um einen Personenkreis, bei dem extreme Lebensverhältnisse und psychische Erkrankungen einen engen Wirkungszusammenhang bilden und durch die ökonomische und soziale Ausgrenzung Chronifizierungsprozesse verstärkt werden.

Werena Rosenke ordnet die Problemlagen des Personenkreises drei grundlegenden Dimensionen zu: Der Lebenslage, der Biografie und der Kompetenzen bzw. Defizite.

(vgl. Rosenke 2009, S. 22)

- Lebenslage:
  - Ausschließlich in der Wohnungslosenszene lebend
  - Kein Zugang zum Hilfesystem
  - Dauerarbeitslosigkeit
  - Individuelle Lebensenergie wird für Existenzsicherung aufgezehrt
- Biografie/ Karriere
  - Erhebliche Delinquenz (JVA)
  - Häufige Entgiftungen
  - Häufige Therapieabbrüche
  - Mehrfach beendete Wohnversuche
  - Vorerfahrungen mit Hilfesystemen, die nicht „gegriffen“ haben
- Kompetenz/ Defizit
  - Sucht
  - Psychische Störungen
  - Sozial wenig lernfähig
  - Verhaltensauffällig
  - Hygienische Verwahrlosung
  - Intellektuell stark eingeschränkt
  - Gesundheitlich stark angeschlagen
  - Erhebliche Delinquenz
  - Mangelndes „Selbstmanagement“
  - „Gewalttätigkeit“
  - mangelnde „Mietvertragsfähigkeit“

Bei der Betrachtungsweise und Hilfeplanung muss trotz vieler Gemeinsamkeiten der Heterogenität der Personengruppe Rechnung getragen werden. So handelt es sich um Wohnungslose

- mit langjähriger Psychiatrieerfahrung, die 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 mehreren psychiatrischen Diagnosen sowie
- mit der Doppeldiagnose Suchterkrankung/psychische Erkrankung ohne Krankheitseinsicht (vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. 2008a, S. 1).

## 5.2 Überblick über den Forschungsstand

Im Folgenden wird nun ein Überblick über den Forschungsstand vermittelt. Dabei werden einige Studien aus Deutschland näher betrachtet und unter Punkt 5.2.2 der internationale Forschungsstand erläutert. Die Darstellung ist keineswegs erschöpfend, vermittelt dem Leser aber einen fundierten Überblick. Unter Punkt 5.2.3 werden die Geschlechtsunterschiede männlicher und weiblicher psychisch kranker Wohnungsloser aufgezeigt. Anschließend wird der Aspekt der Komorbidität näher betrachtet.

### 5.2.1 Der Forschungsstand in Deutschland

Es gibt mehrere Studien in Deutschland, die die Prävalenzen<sup>11</sup> psychischer Erkrankungen unter wohnungslosen Menschen untersucht haben. Folgende Tabelle stellt einige Ergebnisse überblickartig dar:

	München		Mannheim		Dortmund	Tübingen
	Männer (n=146)	Frauen (n=32)	Männer (n=88)	Frauen (n=14)	Männer (n=82)	Männer (n=91)
Punktprävalenz			70,5	57,1	87,8	72,5
6-Monats-Prävalenz	80,8	93,8				
Lebenszeitprävalenz	94,5	100	82,9	78,5	95,1	

Tabelle 1: Prävalenz psychischer Erkrankungen bei Wohnungslosen in Deutschland (Eigene Darstellung nach: Fichter et al. 1999, S. 80f.; Längle et al. 2005, S. 384; Salize et al. 2001a, S. 209; Völlm, Becker and Kunstmann 2004b, S. 238).

<sup>11</sup> Im Folgenden wird unterscheiden zwischen der Punktprävalenz, der Prävalenz zu einem bestimmten Zeitpunkt, der 6-Monats-Prävalenz, der Prävalenz in einem Zeitraum von sechs Monaten sowie der Lebenszeitprävalenz, bezogen auf die gesamte bisherige Lebenszeit.

Trotz einiger Unterschiede kommen alle Studien zu hohen Prävalenzen bezüglich psychischen Erkrankungen. Alle Studien zeigen eine hohe Rate an Suchterkrankung auf; häufig in Verbindung mit einer weiteren psychischen Erkrankung (s. zur weiteren Ausführung Kapitel 5.2.4).

Bei den Studien handelt es sich ausschließlich um regional begrenzte Untersuchungen. Daher ist es notwendig, regionale und lokale Gegebenheiten und deren Einfluss auf die soziodemographische Zusammensetzung, auf die gesundheitlichen Parameter und die unterschiedlich ausgestaltete Versorgungslage zu beachten (vgl. Salize, et al. 2001b, S. 79). Dies kann z.B. die auffällige Differenz der Prävalenzen wohnungsloser Frauen zwischen der Münchner und der Mannheimer Untersuchung erklären (vgl. Salize, et al. 2001a, S. 214). Gerhard Längle et. al wiederum schreiben der Nutzung unterschiedlicher diagnostischer Instrumente, dem ICD-10 und dem DSM-IV<sup>12</sup>, die Unterschiede in den Ergebnissen der Studien zu (vgl. Längle, et al. 2005, S. 387).

Kunstmann und Becker (vgl. Kunstmann and Becker 1998, S. 107) kritisierten schon 1998 bestehende Untersuchungen zur Prävalenz psychischer Krankheiten unter wohnungslosen Menschen und weisen auf folgende methodische Probleme hin:

- Die Definition des Personenkreises,
- die Ziehung einer repräsentativen Stichprobe
- die Sensitivität psychiatrischer Untersuchungsinstrumente bei Wohnungslosen sowie
- die Interpretation der Ergebnisse.

So ist es schwierig exakte Angaben über die Grundgesamtheit der Wohnungslosenpopulation zu bekommen. Sollen bestimmte Gruppen von Wohnungslosen zudem definitorisch eingegrenzt werden, ist die Ziehung einer repräsentativen Stichprobe kaum möglich (vgl. Drgala 2008, S. 19; Quadflieg 1998, S. 19). Aufgrund der Vielfalt und Inhomogenität der Wohnungslosenpopulation, bestehend aus alleinstehenden Männern und Frauen, Familien, jugendlichen Wegläufern, Drogensüchtigen, Flüchtlingen etc. ist es kaum möglich, alle Betroffenen zu erfassen (vgl. Becker and Kunstmann 2001, S. 61). Im Großteil der Studien wurden stan-

---

<sup>12</sup> Das ICD-10 und das DSM-IV sind zwei Klassifikationssysteme, die der Vereinheitlichung von diagnostischen Kriterien dienen, aber auch Informationen über das Störungsbild insgesamt enthalten (vgl. Becker, Geiger 2007, S.564). Das ICD-10 wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegeben und ist weltweit anerkannt. Das DSM-IV ist das Diagnostische und Statistische Manual psychischer Störungen der American Psychiatric Association. Im ICD-10 befinden sich in Kapitel V die Psychischen und Verhaltensstörungen. Das ICD 10 ist seit dem Jahre 2000 für eine vertragsärztliche Abrechnung verpflichtend (vgl. Cibis, 2007 S.497). Das DSM-IV dient häufig zur Unterstützung und Ergänzung oder als Alternative zu den ICD-10 Kriterien. Es beinhaltet teilweise speziellere diagnostische Kriterien, weil es nicht so vielen Auflagen wie das ICD-10 unterliegt.

standardisierte Fragebögen zur Ermittlung der psychiatrischen Diagnosen eingesetzt. Es stellt sich die Frage, ob sich mit diesen Fragebögen valide Informationen ermitteln lassen, da sie für den Bezugsrahmen stationär untergebrachter Personen oder Personen mit festem Wohnsitz entwickelt wurden. Die extremen Lebensbedingungen der Wohnungslosigkeit stellen einen nahezu gegensätzlichen Bezugsrahmen dar, so dass es zu Missdeutungen kommen kann (vgl. Drgala 2008, S. 21). Nach Kunstmann können „die in der Forschung verfügbaren diagnostischen Verfahren [...] mitunter nur schwer zwischen psychischen Auffälligkeiten und Adaptionssymptomen an die wohnungslose Umwelt unterscheiden“ (Kunstmann and Becker 1998, S. 111). Dies kann zu einer Überschätzung der realen Prävalenzen führen.

Ein anderer Kritikpunkt spricht eher für eine höhere reale Prävalenz, d.h. von einer unterschätzten Häufigkeit, da sich Personen mit schweren psychischen Störungen versuchen einer Untersuchung zu entziehen und von einer Verweigerungshaltung gegenüber Vertretern von Einrichtungen oder Behörden ausgegangen werden kann (vgl. Drgala 2008, S. 21; Salize, et al. 2006, S. 1345). Ebenso wird davon ausgegangen, dass die befragten Teilnehmer der Studien, alles Mitglieder der stigmatisierten Randgruppe der Wohnungslosen, durch ihr Antwortverhalten teilweise versuchen, weiterer Stigmatisierung durch das Etikett der psychischen Erkrankung zu entgehen und daher von einer höheren realen Prävalenz ausgegangen werden muss.

Jürgen Drgala resümiert, dass trotz einiger methodischer Schwierigkeiten von harten Daten bezüglich der Zielsetzung der Studien, der exploratorisch-deskriptiven epidemiologischen Untersuchung Wohnungsloser, ausgegangen werden kann und dass die vorliegenden Studien als ausreichend fundiert angesehen werden müssen (vgl. Drgala 2008, S. 22). Dabei geht er abschließend von einer Punktprävalenz von 75% der Befragten zum Zeitpunkt der Untersuchungen aus und beschreibt eine Personengruppe, welche eine ausgeprägte Chronifizierung und Komorbidität psychischer Erkrankungen aufweist (vgl. Drgala 2008, S. 22f).

Bezüglich der Verteilung der Diagnosen resümieren Salize et. al, dass vor allem Suchterkrankungen, Persönlichkeitsstörungen, affektive Störungen und Angst- und Belastungsstörungen das Bild der wohnungslosen psychisch Kranken in Deutschland dominieren (vgl. Salize, et al. 2002a, S. 28). Folgendes Diagramm, angelehnt an die Mannheimer Studie von Salize et al., vermittelt einen Überblick über die Krankheitsgruppen zum Zeitpunkt der Untersuchung:

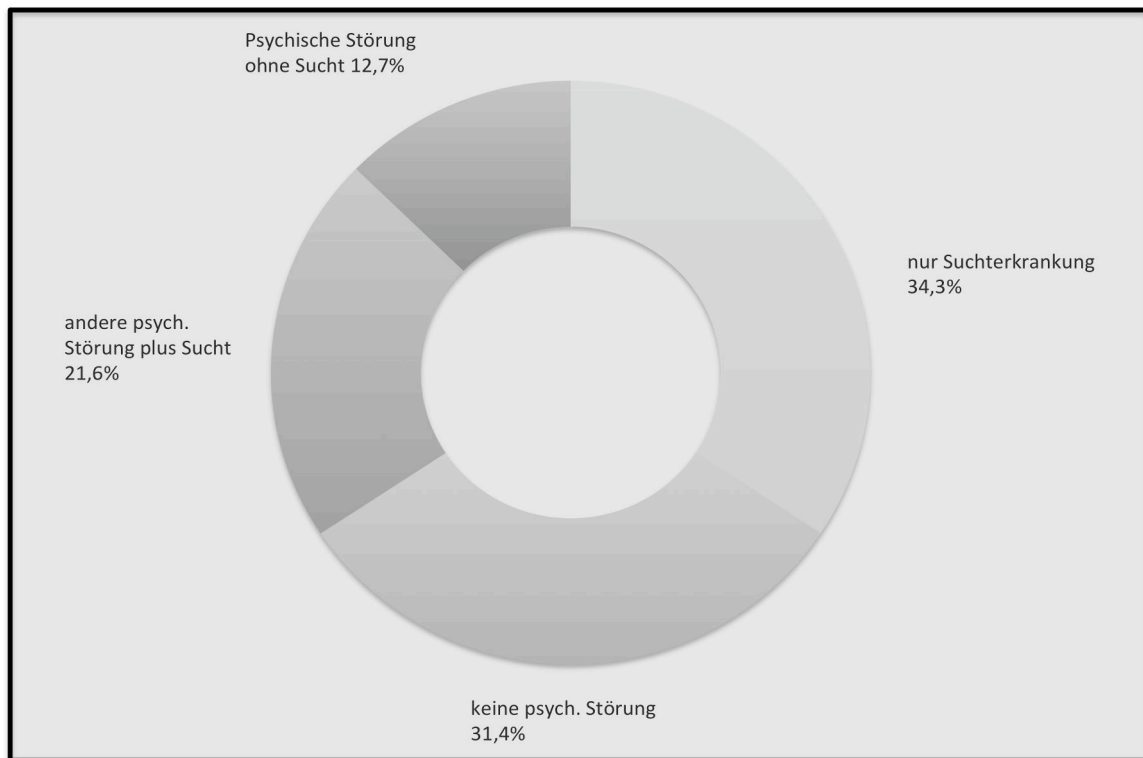


Abb. 5: Psychiatrische Prävalenz und Krankheitsgruppen (Eigene Darstellung nach: Salize, Dillmann-Lange and Kentner-Figura 2002, S. 32).

Bezüglich der Schwere der psychischen Erkrankungen treffen nur Fichter et. al in ihrer Münchener Studie eine Aussage. So werden folgende befragte Personen als schwer chronisch psychisch krank betrachtet (vgl. Fichter, et al. 1999, S. 82):

- Alle Personen mit einer Lebenszeit-Diagnose Schizophrenie<sup>13</sup>, bei denen in den letzten drei Jahren vor dem Interview Symptome aufgetreten sind.
- Alle Personen mit affektiven Störungen
  - a) mit mehr als einer Episode
  - b) die den DIS-Schweregrad<sup>14</sup> erreicht haben und
  - c) bei denen in den drei Jahren vor dem Interview Symptome auftraten.
- Chronischer Substanzmissbrauch als Lebenszeit-Diagnose
  - a) länger als ein Jahr
  - b) bei denen in den drei Jahren vor dem Interview ein Substanzmissbrauch stattgefunden hat.

Wird diese Definition auf die Befragten der Münchner Studie angewendet, sind 24,7% der wohnungslosen Männer chronisch affektiv oder schizophren erkrankt. Nahezu alle zeigten

<sup>13</sup> Siehe für weiteren Ausführungen zu Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis Kapitel 5.3: Die häufigsten psychischen Erkrankungen bei Wohnungslosen.

<sup>14</sup> DIS steht für dissoziative Identitätsstörung oder multiple Persönlichkeitsstörung.



zusätzlichen chronischen Substanzmissbrauch. 63,7% sind chronische Substanzmissbraucher. 97% der Frauen weisen eine chronische psychische Erkrankung auf (vgl. Fichter, et al. 1999, S. 83).

## 5.2.2 Internationaler Forschungsstand

Die im vorherigen Punkt dargestellten Ergebnisse decken sich weitestgehend mit denen von Untersuchungen aus den USA, England, Australien, Frankreich und Spanien (vgl. Eikelmann, et al. 2002, S. 48; Hayward 2007, S 326f.; Kovess and Mangin Lazarus 1999, S. 585). Ein genauer Vergleich der durchgeführten Studien ist aufgrund der unterschiedlichen verwendeten Untersuchungsinstrumente aber kaum möglich. Auch sind die schon erwähnten lokalen und regionalen Begebenheiten mit ihrem Einfluss auf die soziodemographische Zusammensetzung, auf die gesundheitlichen Parameter und die unterschiedlich ausgestaltete Versorgungslage zu beachten, die bei dem Vergleich von Datenlagen aus unterschiedlichen Ländern weit mehr ins Gewicht fällt, als bei dem Vergleich von verschiedenen Städten innerhalb eines Landes. Dementsprechend fallen schon die Stichproben durch eine verschiedene demographische Zusammensetzung auf (vgl. Kovess and Lazarus 2001, S. 37). So lassen sich auch die Unterschiede bezüglich des Alters und der Ausbildung der Befragten erklären, die bei einer vergleichenden Studie von Vazquez et al. auftraten (vgl. Vazquez, et al. 1998, S. 518). Da die beiden Studien in Los Angeles und Madrid ähnliche Untersuchungsinstrumente zur Erfassung der Prävalenzen verwendet haben, ist ein Vergleich überhaupt erst möglich. Bezüglich schwerer psychischer Erkrankungen fallen die höheren Prävalenzen der Studie aus Los Angeles auf, die bezüglich der 12-Monats-Prävalenz von Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis mehr als doppelt so hoch liegt, wie bei der Studie aus Madrid (vgl. Vazquez, et al. 1998, S. 517). Die höhere Prävalenz bezüglich Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis in den USA im Vergleich mit europäischen Studien wird durch verschiedene Untersuchungen bestätigt (vgl. Salize, et al. 2002a, S. 28). Salize et. al führen diesen Unterschied auf den kontrollierter verlaufenden Enthospitalisierungsprozess und den parallelen Ausbau gemeindepsychiatrischer Strukturen in Deutschland bzw. Europa zurück (vgl. Salize, et al. 2002a, S. 28f.). Durch die gemeindepsychiatrischen Strukturen konnten viele chronisch schizophren Erkrankte während dem Abbau der klinisch-stationären Strukturen aufgefangen werden, während in den USA viele dieser Betroffenen wohnungslos wurden. Es lässt sich über den Forschungsstand in den USA resümieren, dass ein signifikanter Anteil der Wohnungslosen an psychischen Erkrankungen leidet.

*„Etwa ein Drittel der Wohnungslosen leidet an einer behandlungsbedürftigen psychischen Störung, darunter 10-15% an Schizophrenie. Etwa die Hälfte der Wohnungslosen leidet an Alkoholabhängigkeit oder -mißbrauch, etwa 10-20% gebrauchen illegale Drogen.“ (Kellinghaus 2000, S. 33)*

### 5.2.3 Geschlechtsunterschiede

Verschiedene Studien beschäftigen sich mit den geschlechtsspezifischen Unterschieden von psychisch erkrankten wohnungslosen Frauen und Männern und zeigen, dass weibliche Wohnungslose stärker von psychischen Erkrankungen betroffen sind als wohnungslose Männer (vgl. Fichter, et al. 1999, S. 78; Rosenke 2009, S. 21).

Bezüglich der Verteilung der Krankheitsbilder lässt sich festhalten, dass Gesundheitsstörungen durch Alkohol und Drogen bei wohnungslosen Männern häufiger sind als bei wohnungslosen Frauen, bei denen Schizophrenien und affektive Störungen überwiegen (vgl. Eikermann, et al. 2002, S. 126f.). Diese Verteilung lässt sich ebenfalls in der allgemeinen Bevölkerung wiederfinden (vgl. Wittchen and Jacobi 2005, S. 366). Klaus Nouvertné weist jedoch daraufhin, dass Vergleiche aufgrund der geringen Stichprobengröße und den Definitionsproblemen nur sehr vorsichtig zu interpretieren sind (vgl. Eikermann, et al. 2002, S. 126). Die Unterschiede in der Verteilung der Störungsbilder führen Eikermann et. al. auf die intersexuell verschiedenen Verursachungen und Verarbeitungsstile zurück. Während Frauen eher zu internalisierenden Verarbeitungsstilen tendieren, leben Männer eher Externalisierung aus, was sich oft in Suchtmittelmissbrauch niederschlägt (vgl. ebd. S. 132). Durch die bessere Alkoholtoleranz und den intensiven Substanzmissbrauch gelingt es Männern leichter sich an die Wohnungslosigkeit anzupassen. Wobei eine bessere Anpassung größere Pathologie bedeutet und desto wahrscheinlicher ist ein vorzeitiger Tod oder Krankheit (vgl. ebd., S. 128).

Die teilweise höheren Prävalenzen bei weiblichen Wohnungslosen lassen sich bedingt auf die sehr hohe Quote an Gewalterfahrungen zurückführen. So haben bis zu 90% der weiblichen Wohnungslosen mitunter sexuelle Gewalterfahrungen gemacht (vgl. Enders-Drägässer 2000, S. 120; Fichter, et al. 1999, S. 80).

Rosenke resümiert diesbezüglich:

*„Neben verschiedenen strukturellen Problemen wie dem besonders offensichtlichen Auseinanderdriften typisch weiblicher Rollenklischees – ich meine damit sowohl die Anforderungen an sich selbst als auch die Erwartungen der Umwelt – und der Lebenssituation der wohnungslosen Frauen, dürfte dieses Ergebnis die Bedeutung von sexuellem Missbrauch und sexueller Gewalt bei der Entwicklung psychischer Erkrankungen reflektieren.“ (Rosenke 2009, S. 21)*

Erfahrene Gewalt lässt sich als ein Faktor im Bedingungsgefüge der Entstehung von psychischen Erkrankung und dem Abrutschen in die Wohnungslosigkeit ausmachen. So geben über 77% der von Nothbaum über den Auslöser für den letzten Wohnungsnotfall befragten Frauen „Gewalt durch den Partner“ als Auslösemoment an (vgl. Nothbaum, et al. 2004, S. 78). Fichter gibt bezüglich seiner Münchner Studie und der sehr hohen Prävalenz von psychischen Krankheiten bei wohnungslosen Frauen (100% Lebenszeitprävalenz) an, dass das hohe Ergebnis sich auch teilweise darin begründet, dass Frauen im Interview offener über

emotionale und persönliche Themen reden (vgl. Fichter and Greifenhagen 1998, S. 96). Die Ergebnisse der Studien, also die beschriebenen Unterschiede zwischen wohnungslosen Frauen und Männern, machen deutlich, dass eine geschlechtssensible Forschung und Arbeit mit dem Klientel notwendig ist.

#### 5.2.4 Komorbidität

Der Aspekt der Komorbidität bezeichnet in der Psychiatrie das Vorhandensein von mindestens zwei wesentlichen Störungen, wie beispielsweise Psychose und Sucht (vgl. Wessel 2002, S. 68). Die Studien zu psychischen Erkrankungen bei Wohnungslosen zeigen, dass oft eine psychiatrische Komorbidität vorliegt. So leiden nach der Münchener Studie 53,3% der Männer und 93,7% der Frauen, bezogen auf die Lebenszeitprävalenz, an mehr als einer psychischen Störung. In den 6 Monaten vor dem Interview hatten 34,9% der Männer und 53,1% der Frauen mehr als eine Störung. Die am häufigsten auftretenden Diagnosen sind dabei Suchterkrankungen in Verbindung mit affektiven Psychosen, Angststörungen oder Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis (vgl. Meller, et al. 2000, S. 546). Zu einer ähnlich hohen Quote kommen auch Längle et al. in Tübingen. Demnach leiden 67% der Befragten zum Zeitpunkt des Interviews an mehr als einer psychischen Krankheit (vgl. Längle, et al. 2005, S. 384). Zu einer geringeren Quote hingegen kommen Völlm et al. in ihrer Studie in Dortmund mit 34,5% zum Zeitpunkt des Interviews (vgl. Völlm, et al. 2004b, S. 238). Es lässt sich insgesamt festhalten, dass psychiatrische Komorbidität, vor allem das gleichzeitige Vorhandensein einer Psychose und einer Suchterkrankung, bei Wohnungslosen häufig vorkommen (vgl. Drgala 2008, S. 23; Eikelmann, et al. 2002, S. 48).

Der Aspekt der Komorbidität wird häufig bei Personen mit Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis beobachtet. So kommt Thomas Schnell im Rahmen seiner Studie mit Schizophrenieerkrankten die entweder stationär oder ambulant versorgt werden zu einer Lebenszeitprävalenz einer zusätzlichen Suchterkrankung von 29,4% (vgl. Schnell, et al. 2010, S. 325). Konträr betrachtet kann davon ausgegangen werden, dass 20 bis 35% der behandelten Suchtkranken an zusätzlichen psychischen Störungen leiden (vgl. Wessel 2002, S. 75). Das gleichzeitige Vorhandensein von Suchterkrankung und einer weiteren psychischen Erkrankung kann zur sozialen Desintegration und letztendlich zur Wohnungslosigkeit führen. Aufgrund der mangelnden Effektivität der Behandlung von Personen mit Komorbidität, die vor allem auf strukturelle Mängel zurückzuführen ist, kommt es oft zu Chronifizierungsprozessen (vgl. ebd. S. 76).

Besonders für den Personenkreis der Betroffenen, die an einer Störung aus dem Schizophrenen Formenkreis leiden, ist der Zusammenhang zu Abhängigkeitserkrankungen oft Gegenstand von Forschungen gewesen. Als Erklärungsmodell werden derzeit vor allem drei

Varianten diskutiert (vgl. Eichenbrenner and Clausen 2010, S. 77f.; Gouzoulis-Mayfrank 2007, S. 7ff.):

- das Modell der sekundären Suchtentwicklung bzw. Selbstmedikationshypothese
- das Modell der Psychoseinduktion und
- das Modell der gemeinsamen ätiologischen Faktoren.

Nach dem *Modell der sekundären Suchtentwicklung* wird angenommen, dass das Suchtverhalten ein Copingversuch auf die Symptome der schizophrenen Erkrankung darstellt. So werden psychotrope Substanzen konsumiert, um Krankheitsbeschwerden und Symptome, sowie Nebenwirkungen von neuroleptischen Medikamenten zu lindern.

Das *Modell der Psychoinduktion* beschreibt den Zusammenhang des Konsums von stimulierenden Stoffen wie Cannabis und Halluzinogenen und der Entwicklung von schizophrenen Psychosen. Es geht davon aus, dass durch den Konsum dieser Substanzen Psychosen induziert bzw. ausgelöst werden.

Nach dem *Modell der gemeinsamen ätiologischen Faktoren* werden neurobiologische Faktoren vermutet, die eine erhöhte Vulnerabilität für Abhängigkeitserkrankungen sowie für Psychosen bedeuten. Befunde werden dahingehend interpretiert, dass die neurobiologischen Grundlagen der schizophrenen Erkrankung gleichzeitig die Vulnerabilität für eine Suchtentwicklung erhöhen.

Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank resümiert, dass alle drei Modelle Schwächen aufweisen und je nach Betroffenengruppe entweder das eine oder eher das andere Modell „passt“ und somit eine Kombination aus den Modellen möglich sei (vgl. Gouzoulis-Mayfrank 2007, S. 20). Demnach sind soziale Faktoren bei der Entwicklung von Psychosen wie auch bei der Entwicklung von Suchtmittelmissbrauch zu beachten. So erhöht beispielsweise ein problematischer familiärer Hintergrund das Risiko an einer Störung aus dem schizophrenen Formenkreis zu erkranken, ebenso wie fehlende soziale Unterstützung das Risiko für die Entwicklung einer Suchterkrankung erhöht. Ebenfalls ist zu bedenken, dass durch die Entwicklung einer psychischen Störung in der Adoleszenz oft ein sozialer Abstieg bzw. soziale Isolation und Exklusionsmechanismen folgen können (s. Kapitel 4.1). Dadurch ergeben sich vermehrt Kontakte zu Randgruppen, in denen ein hohes Maß an Suchtmittelkonsum verbreitet ist (vgl. Wessel 2002, S. 73). Ebenso sind „Teufelskreise“ auszumachen, bei welchen die Symptome der Psychose einerseits durch die Drogeneinwirkungen verstärkt und andererseits diese wiederum den Konsum der Substanzen begünstigen. Das Modell mit seiner Gesamtkomplexität, also der Verbindung aller drei Erklärungsmodelle, trifft nicht in gleichem Maß auf alle Betroffenen zu. So muss der Einzelfall mit seiner individuellen Gewichtung betrachtet werden. (vgl. Gouzoulis-Mayfrank 2007, S. 21).

## 5.3 Die häufigsten psychischen Erkrankungen bei Wohnungslosen

Wie in Kapitel 5.2 beschrieben wurde und in Kapitel 5.5 deutlich wird, ergeben die vorliegenden Studien Erkrankungsschwerpunkte in den Bereichen Schizophrenie und Suchterkrankung. Daher werden diese psychischen Erkrankungen im Folgenden hinsichtlich Verlaufsform und Entstehung erläutert.

### 5.3.1 Schizophrenie

Die psychische Störung Schizophrenie hat eine Lebenszeitprävalenz von 1%. Männer und Frauen sind dabei gleichermaßen betroffen. Bei mindestens 25% der Erkrankten nimmt sie einen chronischen Verlauf, während es gleichermaßen bei 25% zu einer völligen Remission kommt. Nimmt die Erkrankung einen schweren Verlauf, sind soziale Beeinträchtigungen kaum zu vermeiden (vgl. Dörner, et al. 2002, S. 155; Eichenbrenner and Clausen 2010, S. 76). „Die Schizophrenie weist hinsichtlich ihres klinischen Erscheinungsbildes und des Verlaufs eine immense Vielfalt auf, stets ist jedoch die Gesamtpersönlichkeit der Patienten betroffen“ (Hahlweg 2009, S. 408). Trotz der großen Vielfalt bezüglich des Verlaufs und des Erscheinungsbildes, auf die auch Eichenbrenner hinweist und daher von Lebensläufen und nicht von Krankheitsverläufen spricht (vgl. Eichenbrenner and Clausen 2010, S. 76), lassen sich nach dem ICD-10 charakteristische Symptome hinsichtlich der Akutphase feststellen, auf deren Grundlage eine Diagnose gestellt wird (vgl. Dilling, et al. 2010, S. 111ff.):

- Formale und inhaltliche Denkstörungen
- Wahrnehmungsstörungen/Halluzinationen
- Affektstörungen
- Störungen des Selbstgefühls
- Psychomotorische Störungen
- Antriebsstörungen
- Störungen der zwischenmenschlichen Beziehungen.

Asmus Finzen kritisiert die bestehenden Klassifikationssysteme (ICD-10, DSM-IV) dahingehend, dass sie die Diagnosenstellung auf der Grundlage eines reduzierten psychopathologischen Befundes aufgrund weniger ausgewählter Symptome begünstigen und die biografische Entwicklung vernachlässigen. Somit werden die Klassifikationssysteme der immens vielfältigen Ausprägungen und Symptome der Störung nicht gerecht und es ist in der klinischen Praxis eine gründliche Prüfung der gestellten Diagnosen nötig (vgl. Finzen 2011, S. 85f.).

Die häufigste Ausprägung der Schizophrenie ist die paranoid-halluzinatorische Form, die mit Wahrnehmungsstörungen, Halluzinationen und Wahnbildungen einhergeht. Hinsichtlich der individuellen Ausprägung und Verlaufsform der Erkrankung nehmen Umweltfaktoren einen entscheidenden Faktor ein. So kann die Isolation durch psychiatrische Kliniken, die falsche Behandlung, Belastungen am Arbeitsplatz oder feindselige Emotionalität innerhalb der Familie zu einem negativen Verlauf der Erkrankung führen (vgl. Dörner, et al. 2002, S. 153f.). Der Funktionsstand der betroffenen Person ist demnach abhängig von der Art und dem Umfang der Stressoren, sowie von der jeweiligen Problemlösefähigkeit der Person und deren Umweltressourcen.

Schizophrenie ist als eine Krankheit zu verstehen, die das Fühlen und Denken verändert und somit einen Einfluss auf das Wollen, das Handeln und das Empfinden der betroffenen Person nimmt. Dies hat schwerwiegende Auswirkungen auf den Alltag und die Alltagsbeziehungen der Erkrankten, so dass die Betroffenen aus ihrem sozialen Gefüge und am Ende aus dem sozialen Netz herausfallen. Dementsprechend stellen die Störungen des Wollens, des Handelns und des Ich-Erlebens auch ein schwerwiegendes Behandlungs- und Rehabilitationshindernis da. Finzen beschreibt in diesem Zusammenhang, wie Betroffene sich oft selbst vernachlässigen, es nicht mehr schaffen ihre Wohnung instand zu halten und der Wohnungsverlust die Folge sein kann (vgl. Finzen 2011, S. 73f.). Nimmt die Erkrankung einen schwerwiegenden chronischen Verlauf, können negative Symptome wie Antriebsverminderung oder Beeinträchtigungen des Willens sowie produktive Krankheitssymptome wie Verfolgungsideen, Wahnwahrnehmungen und Halluzinationen weiterbestehen. Häufig kommt es ebenso zu einer begleitenden depressiven Verstimmung, aufgrund derer häufig von einer Suizidgefährdung ausgegangen werden muss (vgl. ebd., S. 102f.).

Neben den verschiedenen Modellen zur Entstehung psychischer Störungen gilt die genetische Beteiligung bei der Entstehung der Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis als gesichert (vgl. Hahlweg 2009, S. 412). Gegenwärtig wird von einem Vulnerabilitäts-Stress-Modell ausgegangen, welches organische und psychologische Hypothesen integriert und somit einen Zusammenhang zwischen somatischen, psychischen und sozialen Faktoren herstellt (vgl. Dörner, et al. 2002, S. 170; Finzen 2011, S. 140). Finzen stellt fest, „dass wir lediglich Vorstellungen darüber haben, welche Faktoren bei der Auslösung eine Rolle spielen und auf den weiteren Verlauf einwirken können“ (Finzen 2011, S. 122).

### 5.3.2 Suchterkrankung

Die Substanzstörungen bzw. psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen gehören zu den großen Volkserkrankungen, die ein erhebliches Ausmaß an individuellem Leid, zwischenmenschlichen Störungen und öffentlichen Kosten verursachen.

Die Substanzstörung bezieht sich dabei auf alle Störungen, die im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen stehen (vgl. Bühringer and Batra 2009, S. 346). Dabei muss von einem breiten Spektrum ausgegangen werden. So reichen die Störungen von einer unkomplizierten Intoxikation und schädlichem Gebrauch bis zu psychotischen Störungen und Demenz (vgl. Dilling, et al. 2010, S. 95).

Die genaue Erfassung des Drogenkonsums in Deutschland ist aufgrund verschiedener Faktoren mit einigen Schwierigkeiten verbunden. Bei der statistischen Erfassung durch Bevölkerungsumfragen werden, bedingt durch die Illegalität des Drogenkonsums, oftmals falsche Angaben gemacht. Zudem sind Drogenabhängige bei den Stichproben einer Bevölkerungsumfrage oft unterrepräsentiert, da sie zum einen nicht erreicht werden oder zum anderen das nötige Interesse fehlt, an Umfragen dieser Art teilzunehmen (vgl. Bühringer and Batra 2009, S. 346; Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) 2006, S. 72). Das wird auch durch die, mit 50% recht geringe, Antwortquote im Zuge des Epidemiologischen Suchtsurveys deutlich. Wohnungslose oder institutionell untergebrachte Personen sind somit stark unterrepräsentiert (vgl. Pabst, et al. 2010, S. 334).

Es wird davon ausgegangen, dass in Deutschland ca. 2,4 Millionen Menschen alkoholabhängig sind. Davon sind ca. 400.000 Menschen sogenannte CMA, chronisch mehrfach geschädigte Abhängigkeitserkrankte, bei denen durch die Alkoholabhängigkeit somatische Erkrankungen und gravierende soziale Probleme auftreten (vgl. Eichenbrenner and Clausen 2010, S. 80). Pro Jahr sterben in Deutschland 42.000 Menschen an alkoholbezogenen und über 1000 Menschen an drogenbezogenen Störungen (vgl. Bühringer and Batra 2009, S. 348). Cannabis ist die häufigste konsumierte illegale Substanz, gefolgt von Kokain und Amphetaminen. Es lassen sich deutliche Geschlechts- und Altersunterschiede feststellen. So ist der Konsum von legalen und illegalen Substanzen, außer bei Medikamenten, bei Männern sowie in jüngeren Altersgruppen stärker verbreitet (vgl. Pabst, et al. 2010, S. 330ff.). Das höchste Risiko für die Entwicklung einer Substanzstörung besteht in der Jugend bis etwas zum 25. Lebensjahr. Der Substanzkonsum wird dabei als Teil der Bewältigung jugendspezifischer Entwicklungsaufgaben gesehen. Dabei wird von einem Wechselspiel aus biologischen Entwicklungsprozessen, gesellschaftlichen Anforderungen und individuellen Zielen ausgegangen (vgl. Bühringer and Batra 2009, S. 349f.). Bei der Entwicklung eines problematischen Konsums bzw. einer Substanzstörung müssen weitere Einflussfaktoren hinzukommen (vgl. Bühringer and Batra 2009, S. 350f.):

- Biologisch-genetische Vulnerabilität
- Persönlichkeitseigenschaften (z. B. Neugierde, niedrige Impulskontrolle, Ängstlichkeit)
- Verfügbarkeit der Droge
- Starke Bindung an eine soziale Bezugsgruppe mit problematischen Konsummustern
- Starke Beeinflussbarkeit des Individuums durch sozialen Druck in der Bezugsgruppe
- Positive Bewertung des Substanzgebrauchs in dieser Bezugsgruppe
- Erwartung von Vorteilen durch den Gebrauch (Kontakterleichterung, Zugehörigkeit)
- Positive Erwartungen an die Wirkungen der Substanz
- Beobachtung positiver Konsequenzen des Gebrauchs bei Dritten.

Die Entstehung einer Substanzstörung wird vor allem im Rahmen eines multifaktoriellen Vulnerabilitäts-Stress-Konzepts erklärt. Demnach erhöhen frühe Vulnerabilitätsfaktoren und Persönlichkeitseigenschaften in Verbindung mit akuten Risikofaktoren in der Jugend die Wahrscheinlichkeit einer Substanzstörung (vgl. ebd., S. 353).

Das Suchtverhalten ist dabei zunächst ein komplexes, ganzheitliches Phänomen, durch das auf der Ebene des Verhaltens einer konkreten Person die subjektiven und objektiven, die körperlichen, persönlichen und kulturellen Seiten zusammenkommen. Das süchtige Verhaltensmuster beinhaltet also biographische, physiologische und soziale Bedingungen (vgl. Degkwitz 2002, S. 45, 61).

*„Das Störungsbild ist dadurch gekennzeichnet, dass die Einnahme trotz deutlicher und auch subjektiv wahrgenommener körperlicher, emotionaler und sozialer Störungen mit hoher Frequenz fortgeführt wird, bis es im Extremfall einer Alkohol- und Drogenabhängigkeit zu einem völligen Zusammenbruch alltäglicher Lebensabläufe und zu deutlichen Verwahrlosungsercheinungen kommt. Im Vordergrund der Entwicklung dieses Störungsbildes steht die Ausbildung einer körperlichen (Toleranz- und Entzugssymptome) und psychischen Abhängigkeit (unabweisbares Verlangen, den Konsum fortzusetzen).“ (Bühringer and Batra 2009, S. 368)*

## 5.4 Wohnungslose in der Psychiatrie

Während die stationären psychiatrischen Kliniken eine von den Wohnungslosen im Vergleich mit der Durchschnittsbevölkerung, fast ebenso häufig genutzte Institution darstellen<sup>15</sup>, werden komplementäre Einrichtungen kaum in Anspruch genommen (vgl. Schönell, et al. 2002, S. 6). In diesem Zusammenhang vergleicht Kellinghaus in seiner Studie wohnungslose Pati-

<sup>15</sup> Bei dem Vergleich der Nutzung von psychiatrischen Kliniken von Wohnungslosen und nicht-wohnungslosen muss angemerkt werden, dass die Nutzungsquote von 27,6% der Wohnungslosen (vgl. Fichter et. al 2001, S. 98f.) angesichts der hohen Prävalenz an psychischen Erkrankungen als sehr gering anzusehen ist.



enten einer psychiatrischen Klinik mit einer Kontrollgruppe nicht wohnungsloser Patienten ähnlicher Altersgruppe mit ähnlichen Diagnosen und resümiert:

*„Die Entdeckung von medizinisch relevanten Unterschieden zwischen den beiden sozial definierten Stichproben bei übereinstimmender Diagnose und Alter – bedeutet, dass man bei den wohnungslosen Patienten zurecht von einer eigenen Patientengruppe mit spezifischen Bedürfnissen sprechen kann, deren Behandlung – wie auch bei medizinisch definierten Patientengruppen auch – eigene Therapiekonzepte erfordert.“ (Kellinghaus 2000, S. 38)*

Die Untersuchung ergibt, dass sich viele der wohnungslosen Patienten freiwillig in die psychiatrische Klinik begaben, wobei ein nicht zu vernachlässigender Teil gegen ihren Willen über das Psychkg<sup>16</sup> oder das Betreuungsrecht<sup>17</sup> eingewiesen wurden (vgl. Kellinghaus 2000, S. 39f.). Es wird deutlich, dass die Betroffenen neben der psychiatrischen Klinik kaum komplementäre psychiatrische Facheinrichtungen wie Tagesstätten oder psychosoziale Zentren aufsuchen. Zwischen den Klinikaufenthalten bestand fast kein Kontakt mit niedergelassenen Psychiatern oder einer psychiatrischen Klinikambulanz (vgl. Kellinghaus 2000, S. 55f). Während des Klinikaufenthalts lässt sich bei dem überwiegenden Teil der wohnungslosen Patienten keine Veränderung ihrer sozialen Situation erreichen (vgl. Kellinghaus 2000, S. 58; Wessel and Zechert 2002, S. 63). Somit wird der Großteil wieder in die Wohnungslosigkeit bzw. in Wohnunterkünfte der Wohnungslosenhilfe entlassen. Das betroffene Klientel befindet sich in einer desolaten sozialen Lebenssituation und verfügt häufig nicht über die sozialen Voraussetzungen, um an tagesklinischen oder längerfristigen Rehabilitationsmaßnahmen teilzunehmen (s. Kapitel 3.3). Auch die Inanspruchnahme von fachspezifischen Angeboten der Suchtkrankenhilfe fällt dem betroffenen Klientel in der Regel, aufgrund der Komm-Struktur und der Notwendigkeit der Terminplanung, schwer (vgl. Wessel and Zechert 2002, S. 65). Die umfangreichen sozialen Probleme, die mit der Wohnungslosigkeit einhergehen, werden in den psychiatrischen Kliniken nicht ausreichend wahrgenommen. Es wird von den Betroffenen ein Verhalten erwartet, welches ein festes soziales Gefüge erfordert und somit in dem Leben der Wohnungslosigkeit kaum möglich ist (vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. 2008a, S. 4). Unter Einbezug anderer Studien fasst Kellinghaus die Gründe für die geringe Nutzung psychiatrischer Facheinrichtungen zusammen: So spielt neben den oftmals negativen Erfahrungen der Betroffenen ihre eingeschränkte Krankheitseinsicht eine entscheidende Rolle. Außerdem nehmen in der Wohnungslosigkeit gesundheitliche Probleme gegenüber anderen deutlich weniger Raum ein. Zu den individuellen Aspekten kommen insofern versorgungsstrukturelle Hindernisse hinzu, als dass durch die fehlende Meldeadres-

---

<sup>16</sup> Die öffentlich-rechtliche Zwangsunterbringung psychisch Kranker bei vorliegender Eigen- oder Fremdgefährdung ist in Deutschland durch die jeweiligen Unterbringungsgesetze der Länder geregelt. Siehe z.B. Das Hamburgische Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (HmbPsychKG). Vgl. dazu Kapitel 6.3.

<sup>17</sup> Die zivilrechtliche Unterbringung ist als Bundesgesetz einheitlich geregelt. Vgl. §§ 1896 ff. Bürgerliches Gesetzbuch (BGB).

se sowie ungeklärte Kostenträgerschaft viele Institutionen ohne Versorgungsverpflichtung das betroffene Klientel ablehnen (vgl. Kellinghaus 2000, S. 77). So ist die nachstationäre Betreuung der Betroffenen in den meisten Fällen völlig unzureichend. Dies liegt einerseits an der fehlenden Compliance<sup>18</sup> des Klientels, sich in ein therapeutisches Setting zu begeben, und andererseits an versorgungsstrukturellen Aspekten. Für die Betroffenen wird somit kaum eine ambulante oder stationäre psychiatrische Weiterbehandlung eingeleitet (vgl. Kellinghaus 2000, S. 59; Lauber, et al. 2006, S. 143).

*„Weitreichende Folgen für die längerfristige Perspektive hat die mangelhafte Nachsorge und fehlende Integration in komplementäre psychiatrische Versorgungssysteme. Die Betroffenen werden wieder in die Wohnungslosigkeit und die dort herrschenden krankheitsfördernden Lebensbedingungen entlassen. Diese sowie fehlende medikamentöse oder psychotherapeutische Nachbetreuung erhöhen unmittelbar die Rezidivgefahr.“(Kellinghaus 2000, S. 92)*

## 5.5 Wohnungslos und psychisch krank in Hamburg

Die vorliegende Untersuchung beschäftigt sich mit den wohnungslosen psychisch kranken Menschen in Hamburg. Dem Leser wird an dieser Stelle ein Überblick über die Situation der Wohnungslosen in Hamburg vermittelt.

Im Jahr 2009 waren in Hamburg knapp 4000 Menschen als Wohnungslose untergebracht oder lebten ohne Wohnung auf der Straße. Der Anteil weiblicher Wohnungsloser beträgt 22% und hat sich in den letzten Jahren leicht erhöht (vgl. Schaak 2009, S. 18ff.). Ebenfalls erhöht hat sich in den letzten Jahren das Durchschnittsalter der Wohnungslosen. Der Medianwert für das Lebensalter beträgt bei Frauen 38 Jahre und bei Männern 44 Jahre (vgl. Schaak 2009, S. 22). Im Rahmen der Untersuchung von Schaak wurden 1029 Menschen in Hamburg gezählt und befragt, die ausschließlich oder überwiegend auf der Straße leben. Das entspricht einem Rückgang gegenüber der vorangegangenen Befragung aus dem Jahr 2002. Wobei es sich bei der „Zahl von 1029 um die Untergrenze der Anzahl auf der Straße lebender Menschen [handelt], die um ein leider nicht abschätzbares Dunkelfeld zu erhöhen ist“ (Schaak 2009, S. 17).

Bezüglich der untergebrachten wohnungslosen Menschen ergibt sich zum Stichtag im März 2009 folgende Aufteilung (vgl. Schaak 2009, S. 18):

### In Wohnunterkünften, Übernachtungsstätten und Wohnprojekten:

untergebrachte Alleinstehende Wohnungslose:	1442 Männer
	284 Frauen
untergebrachte Familien	987 Personen

---

<sup>18</sup> Unter Compliance wird in diesem Zusammenhang die Bereitschaft und Fähigkeit des Klienten verstanden, an der Behandlung und Therapie aktiv mitzuwirken.

In stationären Einrichtungen gemäß §§ 67 ff. SGB XII<sup>19</sup>:

untergebrachte wohnungslose Frauen:	33
untergebrachte wohnungslose Männer:	178

**Untergebrachte Personen gesamt: 2924 Personen**

Eine repräsentative Untersuchung zur Prävalenz psychischer Erkrankungen unter den Wohnungslosen in Hamburg gibt es nicht. Durch das Projekt „Psychiatrische Straßenvsited“ in der Hamburger Innenstadt (s. dazu Kapitel 6.4) kann ein Überblick über die Verteilung der Störungsbilder gewonnen werden. Bei der Betrachtung der vorliegenden Zahlen muss berücksichtigt werden, dass das Projekt nur einen Teil der Hamburger Innenstadt abdeckt und die Diagnoseverteilung somit nicht auf das ganze Stadtgebiet zu übertragen ist.

Seit Projektbeginn im Jahr 2008 wurde zu 88 psychisch auffälligen Wohnungslosen ein Kontakt hergestellt. Folgende Grafik vermittelt einen Überblick über die Diagnoseverteilung:

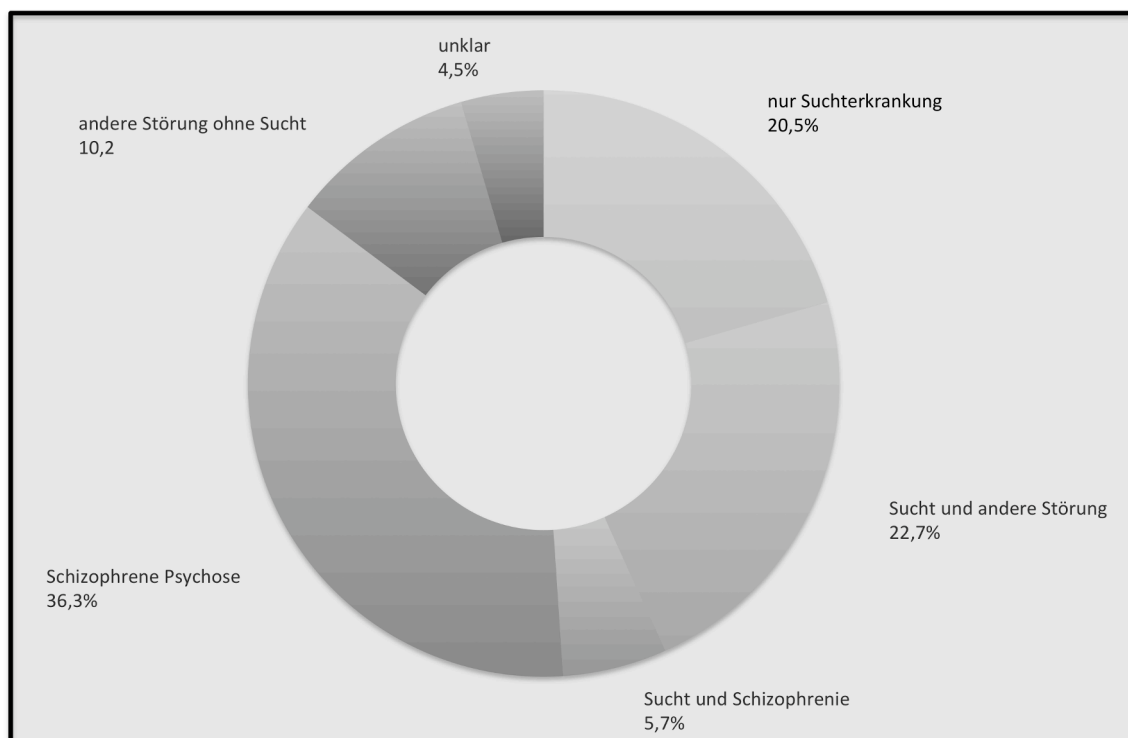


Abb. 6: Psychiatrische Prävalenz und Krankheitsgruppen in Hamburg (Eigene Darstellung nach: Freudenberg 2009a, S. 28).

Im Vergleich mit anderen in Deutschland durchgeführten Studien (s. Kapitel 5.2.1) fällt der geringere Anteil an Suchterkrankungen sowie der deutlich höhere Anteil an Störungen aus dem schizophrenen Bereich auf. Dorothee Freudenberg berichtet bezüglich der Zielgruppe

<sup>19</sup> Erläuterungen zu den gesetzlichen Grundlagen in Hamburg finden sich in Kapitel 6.

ihres Projektes von einer Personengruppe, die aufgrund ihrer schweren psychischen Erkrankungen sozial unterversorgt, aus jeglichen Hilfesystemen herausgefallen ist, häufig keine Sozialleistungen bezieht und somit nicht krankenversichert ist (vgl. Freudenberg 2009b, S. 13).

## 6. Das Hilfesystem für psychisch kranke Wohnungslose in Hamburg

Wohnungslose Menschen mit psychischen Erkrankungen kommen im Laufe ihrer „Karrieren“ mit verschiedenen Hilfesystemen in Berührung. In Betracht kommen dabei nach Schild (vgl. Schild 1999, S. 60):

- Wohnungslosenhilfe
- Psychiatrie
- Gesundheitssystem
- Arbeitsvermittlung
- Justizsystem
- Sozialhilfe

Im Folgenden werden die maßgeblichen, für die Versorgung und Behandlung zuständigen Hilfesysteme in Hamburg in ihren Grundzügen erläutert; die Wohnungslosenhilfe, psychiatrische Hilfen und die Suchtkrankenhilfe. Stationäre psychiatrische Hilfen werden dabei ebenfalls kurz umrissen. Ein besonderer Fokus liegt auf komplementären psychiatrischen Hilfen für wohnungslose Menschen, welche daher in einem eigenen Kapitel erläutert werden. Bezüglich der maßgeblichen Hilfeformen für das zu untersuchende Klientel werden die rechtlichen Rahmenbedingungen bzw. die Anspruchsvoraussetzungen beschrieben.

### 6.1 Wohnungslosenhilfe

Die Schwerpunkte des Hamburger Wohnungslosensystems liegen auf den Aspekten Prävention, Integration durch Wohnungsversorgung und niedrighschwelligen Hilfen.

Das Ziel präventiver Maßnahmen ist es, im Vorfeld von Wohnungslosigkeit gefährdete Mietverhältnisse zu sichern. Dies geschieht unter anderem durch Beratung, Vermittlung und Hil-

feststellungen bei Schulden. Zuständig sind dabei die im Jahr 2005 neu geschaffenen Fachstellen für Wohnungsnotfälle. Ebenfalls sind die bezirklichen Fachstellen zuständig für die integrativen Maßnahmen für Wohnungslose. Diese umfassen alle Hilfeleistungen für Menschen, die bereits wohnungslos sind und haben das Ziel den Betroffenen angemessenen Wohnraum zu vermitteln. Dies kann u.a. durch die Ausstellung einer Dringlichkeitsbestätigung geschehen, welche den Zugang zu angemessenem Wohnraum erleichtern soll. Durch einen Kooperationsvertrag mit zwölf Wohnungsunternehmen sind Betroffene mit Dringlichkeitsschein berechtigt, bevorzugt vermittelt zu werden<sup>20</sup>. Die Fachstellen schätzen die Problemlagen nach einem Stufensystem von 1 bis 3 ein, wobei die Stufe 3 der Gruppe mit den schwerwiegendsten Problemlagen zugeordnet ist. Wenn sich die Problemlagen zu sehr verfestigt haben, werden diese Personen nicht zugeordnet und bleiben in öffentlicher Unterbringung bis eine Vermittlung in geeignete Formen der Eingliederungshilfe, des Gesundheitssystems oder des Altenhilfesystems möglich ist (vgl. Freie und Hansestadt Hamburg 2007, S. 4ff.; Hamburgische Bürgerschaft 2009, S. 1f.; Schaak 2009, S. 4).

Die öffentliche Unterbringung auf Grundlage von § 3 i. V. m. § 8 Gesetz zum Schutz der öffentlichen Sicherheit und Ordnung (SOG) (vgl. Beaucamp, et al. 2009) erfolgt durch eine befristete Aufnahme in einer Notunterkunft bzw. in teilstationären oder stationären Wohnformen. Die Anstalt des öffentlichen Rechts „fördern & wohnen“ wurde mit der Unterbringung beauftragt und stellt Einrichtungen zur Verfügung, die rund um die Uhr aufnahmepflichtig sind.<sup>21</sup>

Zusätzlich werden im Rahmen des „Winternotprogramms“ von November bis April ca. 200 Übernachtungsplätze entweder in Containern oder Wohnunterkünften und Einrichtungen angeboten. Der Aufenthalt ist dabei in der Regel nur für abends und nachts vorgesehen und stellt ausschließlich einen Erfrierungsschutz dar (vgl. Schaak 2009, S. 6).

Des Weiteren haben Wohnungslose mit besonderen sozialen Schwierigkeiten nach §§ 67ff. SGB XII Anspruch auf Hilfen zur Überwindung dieser Problemlagen. Diese erfolgen in Hamburg durch Einrichtungen mit stationärem und teilstationärem Charakter. Im Rahmen eines vorübergehenden Wohnangebotes mit Beratungs- und Unterstützungsmöglichkeiten wird das Ziel verfolgt, die wohnungslosen Menschen in die Gesellschaft zu integrieren und sie bei ihren vielfältigen Problemen zu unterstützen. Im Zuge dessen gibt es Beratungsstellen, die im Rahmen von offenen Sprechstunden, Straßensozialarbeit und persönlicher Hilfen Unterstützung zur Überwindung der sozialen Schwierigkeiten anbieten (vgl. Schaak 2009, S. 6).

---

<sup>20</sup> Siehe dazu: „Kooperationsvertrag zwischen der Freien und Hansestadt Hamburg (vertreten durch die Behörde für Soziales und Familie und die Behörde für Bau und Verkehr) und dem Wohnungsunternehmen XY“2005 <http://www.hamburg.de/fa-wohnungslosenhilfe/126388/fa-wohnloshilfe.html>, (letzter Zugriff: 15.07.2011).

<sup>21</sup> siehe dazu: „Vereinbarung zwischen f&w - fördern und wohnen AöR - und der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (BSG) zur Konkretisierung der Ziffern 3.4.1. und 3.4.5. der Fachanweisung „Hilfen für Obdachlose, Wohnungslose und für von Wohnungslosigkeit bedrohte Personen“ <http://www.hamburg.de/fa-wohnungslosenhilfe/126388/fa-wohnloshilfe.html>, (letzter Zugriff: 15.07.2011).

Die Durchführung der Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten nach §§ 67ff. SGB XII ist in der entsprechenden Durchführungsordnung (DVO) geregelt. Anspruch auf Leistungen haben nach § 67 folgenden Personen (Stascheit 2007):

*„Personen, bei denen besondere Lebensverhältnisse mit sozialen Schwierigkeiten verbunden sind, sind Leistungen zur Überwindung dieser Schwierigkeiten zu erbringen, wenn sie aus eigener Kraft hierzu nicht fähig sind. Soweit der Bedarf durch Leistungen nach anderen Vorschriften dieses Buches oder des Achten Buches gedeckt wird, gehen diese der Leistung nach Satz 1 vor.“*

Vorraussetzung für den Anspruch auf Leistungen ist demnach das Vorhandensein von besonderen Lebensverhältnissen in Verbindung mit sozialen Schwierigkeiten. Ein Anspruch besteht, wenn die betroffene Person aus eigener Kraft nicht in der Lage ist, diese Schwierigkeiten zu überwinden. Die persönlichen Voraussetzungen werden in § 1 der DVO näher beschrieben (Roscher 2008, S. 510f.):

*„(1) Personen leben in besonderen sozialen Schwierigkeiten, wenn besondere Lebensverhältnisse derart mit sozialen Schwierigkeiten verbunden sind, dass die Überwindung der besonderen Lebensverhältnisse auch die Überwindung der sozialen Schwierigkeiten erfordert. Nachgehende Hilfe ist Personen zu gewähren, soweit bei ihnen nur durch Hilfe nach dieser Verordnung der drohende Wiedereintritt besonderer sozialer Schwierigkeiten abgewendet werden kann.*

*(2) 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.*

*(3) Soziale Schwierigkeiten liegen vor, wenn ein Leben in der Gemeinschaft durch ausgrenzendes Verhalten des Hilfesuchenden oder eines Dritten 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.“*

Nach §§ 67ff. SGB XII sollen Hilfen erbracht werden, die auf die verschiedenen Problemlagen der Betroffenen reagieren und dabei soziale Probleme als einen Komplex verstehen, der durch soziale, physische und psychische Faktoren verursacht wird (vgl. Roscher 2008, S. 491). Ziel und Ausrichtung der Wohnungslosenhilfe ist es dabei immer, den Betroffenen in einen geeigneten Wohnraum zu vermitteln, der mindestens die Funktion erfüllt, physiologische Grundbedürfnisse zu befriedigen und Privatheit und Rückzug zu ermöglichen (vgl. Roscher 2008, S. 494).

Die niedrighwelligen Angebote der Wohnungslosenhilfe in Hamburg richten sich vor allem an Menschen, die auf der Straße leben und werden noch am ehesten von diesen angenommen. Wobei diese Einrichtungen auch von Armut betroffenen und ausgegrenzten Menschen mit Wohnraum genutzt werden. In Hamburg gibt es folgende Einrichtungsarten: Tagestreffpunkte, Bahnhofsmmissionen, mobile, aufsuchende Hilfen, Essensausgabestellen und Kleiderkammern (vgl. Schaak 2009, S. 7).

## 6.2 Suchtkrankenhilfe

Das Suchtkrankenhilfesystem in Hamburg bietet ein differenziertes Angebot, welches auf die vielschichtigen Entstehungsbedingungen von Sucht und die mit diesem Krankheitsbild verbundenen ebenso vielschichtigen Problemlagen ausgerichtet ist. Angefangen mit Präventionsangeboten über niedrigschwellige Beratungs- und Hilfsangeboten zu stationären Entwöhnungsbehandlungen einschließlich ergänzender Maßnahmen zur beruflichen und sozialen Reintegration (vgl. Freie und Hansestadt Hamburg 2011, S. 136ff.).

Die Versorgungsstruktur lässt sich genauer in ambulante Angebote, psychosoziale Betreuung Substituierter sowie stationäre Angebote aufteilen. Des Weiteren kann unterschieden werden zwischen Angeboten, die sich an die Zielgruppe richten, die illegale Drogen konsumiert, die Angebote, die sich an Alkohol- und Medikamentenabhängige richtet sowie suchtübergreifende Hilfen (vgl. Görjen, et al. 2004, S. 4). Spezifisch für Hamburg sind verschiedene Einrichtungen mit Druckräumen, in denen der Konsum von illegalen Drogen gestattet ist. Die Versorgung findet dabei durch viele unterschiedliche Einrichtungen und Angebote statt. Neben der Versorgung durch Ämter und Behörden gibt es die psychosoziale, die psychiatrische oder auch die medizinische Versorgung. Bei der medizinischen Versorgung sind beispielsweise Suchtambulanzen zu nennen, die an Krankenhäuser angegliedert sind. Die vielen psychiatrischen und psychosozialen Hilfen werden vor allem durch unterschiedliche freie Träger angeboten. Diese haben wiederum vielfältige Einrichtungen und Projekte, die sich sowohl ambulant, als auch stationär darstellen. Dabei gibt es niedrigschwellige Beratungsangebote, Konsumräume, medizinische Basishilfen, Straßensozialarbeit und Übernachtungsplätze sowie Einrichtungen, welche eher hochschwellig ausgerichtet sind. Einige Einrichtung haben sich auf die psychosoziale Betreuung Substituierter beschränkt bzw. spezialisiert (vgl. ebd., S. 55).

Wilfried Görjen et. al resümieren über die Zusammensetzung der Hamburger Suchthilfe, dass die Träger und Einrichtungen überwiegend auf Schwer- und Langzeit-Drogenabhängige ausgerichtet sind, während präventive Angebote für beispielsweise Jugendliche, die ein riskantes Suchtverhalten aufweisen, in einer geringen Zahl vorkommen. Während es viele Einrichtungen für wohnungslose oder von Wohnungslosigkeit bedrohte Drogenabhängige mit somatischen Erkrankungen gibt, lässt sich nur eine stationäre Einrichtung finden, die explizit Drogenabhängige mit psychischen Störungen zu ihrer Zielgruppe zählt (vgl. ebd., S. 62).

Auch im Bereich der Suchtkrankenhilfe kommt die Eingliederungshilfe nach §§ 53ff. SGB XII zum tragen. So werden Anträge auf Eingliederungshilfe für Suchtkranke begutachtet und die Gesamtplanung im Rahmen des § 58 SGB XII vorgenommen.

## 6.3 Psychiatrische Hilfen

Die Psychiatrie befasst sich mit der Erkennung, der Behandlung, der Rehabilitation, der Prävention und der Begutachtung psychischer Auffälligkeiten und Krankheiten (vgl. Schröder-Rosenstock 2007, S. 730). Die psychiatrischen Hilfen in Hamburg bestehen aus einem breit gefächerten Angebot an stationären, teilstationären und ambulanten Einrichtungen. Darunter fallen niedergelassene Therapeuten, klinische Versorgungsangebote, Beratungsstellen in staatlicher, kirchlicher oder freier Trägerschaft, Wohnheime und Übergangseinrichtungen, Tagesstätten, Rehabilitationseinrichtungen sowie Eingliederungshilfe (Freie und Hansestadt Hamburg 2011). Hinsichtlich des gesamten psychiatrischen Versorgungsangebots wird zwischen komplementären und klinischen Angeboten differenziert. Die klinische Versorgung wird in Hamburg durch Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie und durch psychiatrische Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern gewährleistet. Diese haben einen Versorgungsauftrag, der über die jeweiligen Bezirke geregelt ist.

Das Hamburgische Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (HmbPsychKG) regelt Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch kranke Menschen. Das Gesetz gilt gemäß § 2 für Personen:

- die an einer psychischen Krankheit oder deren Folgen leiden,
- die von einer psychischen Krankheit bedroht sind,
- bei denen Anzeichen für eine psychische Krankheit bestehen.

Der Umfang und die Dauer der Hilfen richtet sich dabei nach den Erfordernissen des Einzelfalls, wobei Maßnahmen in Betracht kommen, die von Einrichtungen der freien Wohlfahrtspflege, psychiatrischen Krankenhausabteilungen oder sonstigen psychiatrischen Einrichtungen geleistet werden. Ebenfalls Teil des Gesetzes sind Maßnahmen der Unterbringung in eine geschlossene Abteilung eines psychiatrischen Krankenhauses gegen den Willen des psychisch Kranken. Die Voraussetzung einer Unterbringung ist das Vorhandensein einer psychischen Erkrankung in Verbindung mit einer bestehenden Selbst- oder Fremdgefährdung (vgl. HmbPsychKG §§ 4f. + 8ff.).



## 6.4. Komplementäre psychiatrische Hilfen für Wohnungslose in Hamburg

Komplementäre Dienste und Einrichtungen ergänzen die klinische psychiatrische Versorgung und stellen sich in Hamburg durch ambulante, stationäre und teilstationäre Einrichtungen dar. So gibt es in Hamburg eine Vielfalt von Rehabilitationseinrichtungen, Wohnheimen, stationärem und ambulantem betreuten Wohnen, Tagesstätten und weiteren Formen der Eingliederungshilfe. Diese stellen Bindeglieder in der Kette von Therapie, Rehabilitation und Versorgung dar und verwirklichen im Sinne der Gemeindepsychiatrie die gemeindenahere Versorgung der Betroffenen (vgl. Arenz 2007, S. 570).

Wohnungslose, die psychisch erkrankt sind, kommen auf unterschiedlichen Wegen mit dem komplementären psychiatrischen System in Berührung. So wird beispielsweise in einer niedrigschwelliger Einrichtung für Wohnungslose monatlich eine psychiatrische Sprechstunde von einem Psychiater des Sozialpsychiatrischen Dienstes angeboten. Die Klienten haben in der Einrichtung die Möglichkeit grundlegende Bedürfnisse zu befriedigen, wie ihre Wäsche zu waschen oder eine Mahlzeit einzunehmen. Zusätzlich umfasst das Angebot Beratung, Weitervermittlung oder ärztliche Versorgung. Im Rahmen der psychiatrischen Sprechstunde werden Diagnosen gestellt und die Klienten gegebenenfalls an weiterführende psychiatrische Einrichtungen vermittelt.

Die Sozialpsychiatrischen Dienste (SpD) der Bezirke sind durch ihren Versorgungsauftrag auch für psychisch kranke Menschen zuständig, die über keinen eigenen Wohnsitz verfügen. Neben Aufgaben der Vermittlung und Begutachtung innerhalb der Räume der SpDs, wird aufsuchende Arbeit geleistet. Dies trifft vor allem auf Fälle zu, bei denen Krisenintervention nötig ist. Im Extremfall kann es dabei zu Zwangseinweisungen kommen. Durch § 3 HmbPsychKG sind die Sozialpsychiatrischen Dienste aufgefordert „Hilfen anzubieten, sobald [...] bekannt wird, dass die Voraussetzungen hierfür vorliegen.“

Die Sozialpsychiatrischen Dienste haben einen regionalen gemeindepsychiatrischen Versorgungsauftrag für psychisch kranke Menschen. Sie gewährleisten Beratung und Versorgung von psychisch Kranken und Behinderten, einschließlich Abhängigkeitskranken sowie durch psychische Erkrankung und Abhängigkeitserkrankungen gefährdeten und von psychischen Behinderungen bedrohten Menschen und stellen ihre Versorgung sicher (vgl. Wrede-Büntjen). Die Versorgung beinhaltet Tätigkeiten in den Bereichen Krisenintervention, Beratung, Information und Begutachtungen. Liegt eine Eigen- oder Fremdgefährdung vor und kann die Gefahr nicht durch andere Mittel abgewendet werden, trifft der SpD die notwendigen Maßnahmen der Unterbringung in die Psychiatrie oder in eine sonstige geeignete Einrichtung nach §§ 8ff. HmbPsychKG.

Seit 2008 gibt es das ausschließlich durch Spenden finanziertes Projekt „Straßenvisite“, das in einem Gebiet, welches eine hohe Dichte an Wohnungslosen aufweist, angesiedelt ist und aufsuchende Arbeit leistet. So suchen die zuständigen Straßensozialarbeiter gemeinsam mit einer Psychiaterin wohnungslose Menschen mit psychischen Auffälligkeiten auf, die auf der Straße leben. Im Rahmen der Arbeit wird Kontakt und Vertrauen aufgebaut sowie eine Einschätzung bezüglich des medizinischen und sozialen Hilfe- und Interventionsbedarfs getroffen. Oft ist eine Unterbringung nach dem Betreuungsrecht § 1906 BGB nötig (vgl. Freudenberg 2009a, S. 27f.; Freudenberg 2009b, S. 12f.).

Die Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach §§ 53ff. SGB XII wird durch ambulante, teilstationäre und stationäre Angebote realisiert. Das Angebot richtet sich dabei an alle dem Personenkreis zugehörigen Leistungsberechtigten. Um die Zugehörigkeit festzustellen, ist in der Regel eine Begutachtung durch das zuständige Gesundheitsamt notwendig. Der Bewilligung geht dadurch ein langwieriges Antrags- und Begutachtungsverfahren voraus. Im ambulanten Bereich der Eingliederungshilfe sind Personenbezogene Hilfen für psychisch kranke Menschen (PPM) und Betreutes Wohnen in ambulanter Form (Bewo) möglich.

Anspruchsberechtigt nach § 53 Abs. 1 SGB XII sind (Stascheit 2007):

*„Personen, die durch eine Behinderung im Sinne von § 2 Abs. 1 Satz 1 des Neunten Buches wesentlich in ihrer Fähigkeit, an der Gesellschaft teilzuhaben, eingeschränkt oder von einer solchen wesentlichen Behinderung bedroht sind, erhalten Leistungen der Eingliederungshilfe, 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. Personen mit einer anderen körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung können Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten.“*

PPM als Beispiel einer ambulanten Form der Eingliederungshilfe nach § 54 Abs. 1 SGB XII in Verbindung mit § 55 Abs. 1 und 2 Nr.3 und 6 SGB IX soll dem betroffenen Menschen helfen, am Leben in der Gemeinschaft teilzuhaben. Voraussetzung für diese Form der Hilfe ist, dass der Betroffene im eigenen Haushalt lebt und keiner vollstationären bzw. teilstationären Maßnahme mehr bedarf. Die Voraussetzung der eigenen Häuslichkeit stellt eine Zugangsbarriere dar und schließt fast alle Wohnungslosen aus der Hilfeform der PPM aus.

Die Hilfeform der Eingliederungshilfe ist hinsichtlich der Zielformulierung fast identisch mit denen der Hilfen nach §§ 67ff. SGB XII (siehe Kapitel 6.1), unterscheidet sich aber sowohl bezüglich des Einstiegs, des Verlaufs und des jeweiligen Settings der am Hilfeprozess Beteiligten enorm (vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. 2008a, S. 6). So ist der Zugang zu den Hilfen nach §§ 67ff. SGB XII unkomplizierter und lässt sich durch die Betroffenen schneller erschließen, als die antragsaufwendigeren Maßnahmen der Einglie-

runghilfe. Während bei Hilfen nach §§ 53ff. SGB XII eine bestehende Krankheitseinsicht eine Voraussetzung darstellt, reicht bei den Hilfen nach §§ 67ff. SGB XII in der Regel eine mündliche Zusage des Leistungserbringers (vgl. Hayner and Tippe 2009, S. 44).

Es gibt in Hamburg Wohnprojekte oder Wohnverbände wie beispielsweise die Münze und der Wohnverbund von Mook Wat, die es wohnungslosen Menschen mit psychischen Erkrankungen ermöglichen selbstständig in eigenem Wohnraum zu leben und teilweise den Mietvertrag nach Ablauf bestimmter Fristen komplett zu übernehmen. Zudem findet eine Betreuung nach §§ 67, 68 oder 53, 54 SGB XII statt. In Einzelfällen hat sich also eine Mischfinanzierung von Einrichtungen durch die Hilfeformen der Eingliederungshilfe und der Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten etabliert. Die Integration von Eingliederungshilfe oder anderer personenzentrierter Hilfen in Unterkünften, die nach SOG arbeiten, ist derzeit nicht möglich.

## 7. Zwischenfazit

In den vorangegangenen Kapiteln wurde der Personenkreis wohnungsloser Menschen, die an einer psychischen Störung erkrankt sind, beschrieben und erläutert. Es wurde deutlich in welchen Problem- und Mangellagen sich die Betroffenen befinden und dass sie in einem beträchtlichen Umfang an somatischen und psychischen Krankheiten leiden. Durch die Beschreibung der Ursachen für das Abrutschen in die Wohnungslosigkeit und der Entstehung von psychischen Krankheiten wurde gezeigt, dass die Betroffenen in der Regel eine Vulnerabilität aufweisen, die durch fehlende soziale Unterstützung, durch eine schlechte soziale Ausgangssituation, Armut und Gewalt deutlich wird. Die psychische Erkrankung, insbesondere die Suchterkrankung, kann als Copingversuch verstanden werden, durch den die Betroffenen versuchen, ihren verschiedenen Problemlagen zu begegnen. Versagen die bisherigen Copingstrategien und sind materielle, soziale und psychische Ressourcen aufgebraucht, kann es zur Wohnungslosigkeit kommen. Bei der Wohnungslosigkeit handelt es sich damit nicht um die erste lebensgeschichtlich relevante Krise, sondern um ein weiteres Glied in den von mehreren Krisen bestimmten Biografien (vgl. Wesselmann 2009, S. 14f.). Die Wohnungslosigkeit selbst stellt als eine extreme Form der Armut einen krankheitsfördernden Faktor dar. Somit nehmen die psychischen Erkrankungen einen schlechteren Verlauf, chronifizieren oder können erst durch die extremen Lebensbedingungen ausgelöst werden. Es kann von „Teufelskreisen“ ausgegangen werden, die, je länger die Wohnungslosigkeit besteht, zu einer Perpetuierung der Situation führen. Die von Mangellagen geprägte Lebenslage erhöht das Risiko von Suchtmittelmissbrauch. Die in Kapitel 3 und 4 beschriebene Exklusion der

Betroffenen führt zu ausschließlichem Kontakt innerhalb der Randgruppe, was wiederum zu einem erhöhten Suchtmittelkonsum beiträgt. Durch den übermäßigen Konsum werden andere psychische Erkrankungen verstärkt. Den Symptomen wiederum wird mit Suchtmittelkonsum begegnet. Es erschließt sich ein komplexes Gesamtbild, in dem von einer gegenseitigen Verstärkung negativer psychosozialer Faktoren ausgegangen werden muss, die individuell verschiedenartig gewichtet sind. In den einzelnen Biographien hat sich die Exklusion in verschiedenen Dimensionen und Teilsystemen wechselseitig verstärkt und verfestigt. Die Betroffenen sehen keine Möglichkeit sich dem Ausschluss zu widersetzen und ihre Lage grundlegend zu ändern. Hinzu kommt die Krankheitssymptomatik, die der Krankheitseinsicht und der Problembewältigung und somit auch der Fähigkeit etwas zu ändern, entgegen steht.

Durch die Beschreibung der Geschlechtsunterschiede, hinsichtlich der Wohnungslosigkeit und der psychischen Erkrankungen, wird deutlich, dass geschlechtsspezifisches Verhalten sowie Rollenerwartungen Einfluss auf den Komplex an Mangelerscheinungen haben. Weibliche Wohnungslose sind in einem stärkeren Ausmaß von psychischen Erkrankungen betroffen, weisen aber im Vergleich zu den männlichen Wohnungslosen Faktoren auf, die ihre Situation positiver und hoffnungsvoller erscheinen lassen. Dies besonders in Bezug auf die Dauer der Wohnungslosigkeit, auf die soziale Einbindung und die Nutzung von beratenden Hilfsangeboten.

Durch die aufgeführten Untersuchungen bezüglich der Nutzung des psychiatrischen Versorgungssystems wurde deutlich, dass Wohnungslose selten fachpsychiatrische Angebote nutzen und trotz teilweise erheblichen psychischen Erkrankungen kaum von den Versorgungsstrukturen der Psychiatrie erreicht werden. Obwohl ein Anspruch auf Leistungen der Gemeindepsychiatrie und auf gemeindenahere Rehabilitation besteht, fallen die Betroffenen aus dem psychiatrischen Versorgungssystem heraus und kommen nur in Notfällen und oft durch Zwangsmaßnahmen in psychiatrische Kliniken.

Es folgt der Forschungsteil, in dem, ausgehend von dem Theorieteil, ein methodisches Vorgehen entwickelt wird, mit welchem die Situation der Betroffenen, besonders hinsichtlich der Zugangsmöglichkeiten zum komplementären psychiatrischen System in Hamburg dargestellt werden kann. Die Ergebnisse können anschließend mit dem Theorieteil abgeglichen werden und es können gegebenenfalls Verbesserungsschläge formuliert werden.

## 8. Konzeption und Durchführung der Untersuchung

In diesem Abschnitt wird das Vorgehen für die im Rahmen dieser Arbeit durchgeführte Untersuchung vorgestellt. Resultierend aus dem theoretischen Teil wird ein methodisches Vorgehen entwickelt, das dazu dienen soll, das Anliegen dieser Arbeit zu bearbeiten. Im Folgenden wird zunächst die für die Untersuchung relevante Fragestellung formuliert und erläutert, bevor anschließend die Auswahl der Untersuchungsgruppe sowie die Auswahl der genutzten Methoden und Designs beschrieben werden. Das Kapitel schließt mit einer kurzen Zusammenfassung der Interviewdurchführung ab.

### 8.1 Anliegen der Untersuchung und Formulierung der Forschungsfrage

Wie schon zu Beginn der vorliegenden Arbeit deutlich wurde, ist es das übergeordnete Ziel, das komplementäre psychiatrische Hilfesystem für wohnungslose in Hamburg darzustellen. Dabei werden das Angebot, die Nutzung und die Zugangsmöglichkeiten aufgezeigt. Dazu wurde zunächst die Lebenssituation des betroffenen Klientels anhand des Lebenslagenkonzeptes sowie verschiedener Studien dargelegt. Darauf aufbauend wurde beschrieben, wie sich das Hilfesystem in Hamburg darstellt. Dies erfolgte zunächst durch eigene Recherche des Verfassers. Anschließend wurde das komplementäre psychiatrische Hilfesystem exponiert.

Im zweiten Teil der Arbeit wird nun ein methodisches Vorgehen entwickelt, welches zunächst ermöglichen soll weitere Aussagen bezüglich der Lebenssituation des beschriebenen Klientels in Hamburg zu generieren, um anschließend die Zugangsmöglichkeiten zum komplementären psychiatrischen Hilfesystem darstellen zu können. Durch die Verbindung des theoretischen Teils der vorliegenden Arbeit und den Ergebnissen aus dem Forschungsteil, soll die aktuelle Situation in Hamburg dargestellt werden und abschließend gegebenenfalls Verbesserungsvorschläge formuliert werden.

Es ergibt sich die folgende Forschungsfrage:

*Wie stellt sich das komplementäre Hilfesystem für psychisch kranke Wohnungslose in Hamburg dar und wie können die vorhanden Hilfen besser auf die besondere Lebenssituation des Personenkreises zugeschnitten werden?*

## 8.2 Untersuchungsgruppe

Im Mittelpunkt der Arbeit stehen wohnungslose Menschen mit einer psychischen Erkrankung in Hamburg. Somit wird die Lebenssituation der Betroffenen herausgearbeitet und dargestellt. Der Forschungsteil beschäftigt sich in erster Linie mit der Darstellung des Zugangs des Klientels zu den maßgeblichen Hilfesystemen, wobei das komplementäre psychiatrische Hilfesystem exponiert wird. Um diesbezüglich Aussagen treffen zu können, bietet es sich an, Personen zu befragen, die mit dem Klientel zusammenarbeiten. Die Klienten werden somit nicht selbst befragt, stellen jedoch mit ihrer Lebenssituation und dem daraus resultierenden Hilfebedarf den indirekten Untersuchungsgegenstand dar. Das Expertenwissen von Personen aus der Praxis steht im Mittelpunkt der Untersuchung, da diese Auskunft darüber geben können, wie sich das Hilfesystem darstellt und bezüglich welcher Aspekte Verbesserungsbedarf besteht. Um einen umfassenden Einblick in die Arbeit mit dem zu untersuchenden Klientel zu bekommen und um das komplementäre psychiatrische Hilfesystem darstellen zu können, werden Experten aus unterschiedlichen Berufsgruppen sowie verschiedenen Arbeitsfeldern ausgewählt. Somit können unterschiedliche Perspektiven aufgezeigt und miteinander verglichen werden.

Folgende Personen wurden kontaktiert:

- eine Psychiaterin, die insbesondere aufsuchende psychiatrische Hilfestellung leistet,
- ein Psychiater aus einem Sozialpsychiatrischen Dienst, der eine psychiatrische Sprechstunde in einer Einrichtung für Wohnungslose anbietet,
- ein Sozialarbeiter aus einem Wohnverbund für psychisch kranke Wohnungslose und
- eine Straßensozialarbeiterin.

Die Kontaktaufnahme und Durchführung der Interviews wird in Kapitel 9.4 beschrieben.

## 8.3 Auswahl der Designs und Methoden

Um mit Hilfe der ausgewählten Personen die Forschungsfrage beantworten zu können und relevante Aussagen zu erhalten, ist es notwendig eine passende Methode auszuwählen. Da die Sichtweisen von Personen, die mit dem zu untersuchenden Klientel arbeiten, im Mittelpunkt des Interesses stehen, wird die Methode des Interviews gewählt. Da es um die Meinungen und Perspektiven dieser Personen geht, ist eine qualitative Forschung angezeigt. Das Hauptziel der qualitativen Forschung ist die Beschreibung und die Rekonstruktion von

Mustern und Strukturen sowie das Verstehen von sozialem Handeln anhand weniger Einzelfälle. Im Gegensatz zur quantitativen Forschung, die durch empirische Erhebungen die Häufigkeit von Phänomenen und die generalisierte Beschreibung der Wirklichkeit untersucht, wird durch qualitative Forschung das „Typische“ von Phänomenen der Wirklichkeit aufgezeigt. Dies geschieht durch die Verwendung von analytischen und interpretativen Verfahren (vgl. Schaffer 2002, S. 98). Da es um die individuelle Sicht der handelnden Menschen, in vorliegendem Fall um die Ansicht der ausgewählten Experten, geht, eignet sich somit eine qualitative Vorgehensweise. Anhand einzelner Beispiele und deren individuellen Ansichten soll das Verständnis von sozialer Wirklichkeit aufgezeigt und entsprechend analysiert werden (vgl. Flick, et al. 2004, S. 14; Mayring 2008, S. 18).

Die Beschreibung der Form des Interviews sowie die Entwicklung der Fragen erfolgt in den nächsten Abschnitten.

### 8.3.1 Interviewform

Da Experten ausgewählt worden sind, um ihre Ansichten hinsichtlich der Forschungsfrage zu äußern, bietet sich das Experteninterview als Interviewform an. Bei Experteninterviews werden die Experten zu einer bestimmten Problem- bzw. Fragestellung befragt, die sich auf ihr spezielles Wissen bezieht und somit Wissensbestände rekonstruiert (vgl. Meuser and Nagel 2010, S. 457). In dieser Arbeit wird das Experteninterview als eigenständige Methode und nicht in Verbindung mit anderen Methoden verwendet. Gläser und Laudel verwenden den Begriff „Experte“ in folgendem Sinne (Gläser and Laudel 2009, S. 12):

*„‘Experte‘ beschreibt die spezifische Rolle des Interviewpartners als Quelle von Spezialwissen über die zu erforschenden sozialen Sachverhalte. Experteninterviews sind eine Methode, dieses Wissen zu erschließen.“*

Bei der Durchführung eines Experteninterviews steht der Befragte nicht als Person, sondern in seiner Funktion im Mittelpunkt des Interesses. Die Funktion des jeweiligen Interviewpartners ergibt sich dabei aus dem jeweiligen Tätigkeitsfeld, wodurch der Befragte als Repräsentant einer Gruppe agiert (vgl. Flick 2009, S. 14). Die Äußerungen der Experten werden dabei im Kontext ihrer institutionell-organisatorischen Handlungsbedingungen verortet (vgl. Meuser and Nagel 2002, S. 81). Experteninterviews werden auf der Basis eines Leitfadens geführt und sind als spezielle Form des Leitfadeninterviews zu verstehen (vgl. Meuser and Nagel 2010, S. 458). Die Fragen werden dabei relativ offen formuliert, damit der Befragte frei darauf antworten kann. Diese leiten sich dabei aus dem Erkenntnisinteresse der zu untersuchenden Fragestellung ab (vgl. Gläser and Laudel 2009, S. 63). Der Leitfaden dient als Orientierung, um die gewünschten Aspekte zu thematisieren und sollte während der Befragung die ganze Zeit berücksichtigt werden und als roter Faden dienen, aber dennoch je nach Si-

tuation flexibel eingesetzt werden. Das bedeutet, dass im Interview, je nach Befragung und Situation, entschieden werden muss, welche Fragen weggelassen, verändert oder bei welchen Aspekten vertiefend nachgefragt werden muss. Diese typische flexible Anwendung des leitfadengestützten Interviews verlangt eine gute thematische Vorbereitung (vgl. Flick 2009, S. 223). Eine Vergleichbarkeit der Inhalte der unterschiedlichen Interviews, ist zum einen durch den geteilten Arbeitsbereich, das gemeinsame Klientel und den ähnlichen Funktionskontext hergestellt und zum anderen durch die leitfadengestützte Interviewführung (vgl. Meuser and Nagel 2002, S. 81).

### 8.3.2 Fragenentwicklung und Erkenntnisgewinn

Bei der Befragung wird, wie bereits erläutert, ein Leitfaden verwendet. Die Entwicklung der Fragen für diesen Leitfaden wird in diesem Abschnitt thematisiert.

Die Kriterien für die Entwicklung eines Leitfadens können dabei sein:

- Warum wird eine Frage gestellt? (theoretische Relevanz, Bezug zur Fragestellung)
- Wonach und was wird erfragt? (inhaltliche Dimension)
- Warum ist die Frage so und nicht anders formuliert?
- Warum steht die Frage an dieser Stelle? (vgl. Flick, 2009, S. 222)

Diese Fragen sollen bei der Leitfadenentwicklung als Orientierung dienen. Bei der Fragenentwicklung soll außerdem der gewünschte Erkenntnisgewinn beschrieben werden, um zu verdeutlichen, was durch die einzelnen Fragen ermittelt werden soll.<sup>22</sup>

Um einen Einstieg in das Interview zu finden, wird zunächst nach dem Arbeitsfeld der Interviewpartner gefragt. Dies soll deutlich machen, auf welche Weise die Experten mit dem zu untersuchenden Klientel zusammenarbeiten. In jedem der im Folgenden beschriebenen Fragenblöcke wird nach Defiziten und Verbesserungsvorschlägen gefragt. Dies ermöglicht den Interviewpartnern sich direkt themenspezifisch dazu zu äußern, bevor in einem eigenen Fragenblock explizit auf Verbesserungsvorschläge und Wünsche eingegangen wird.

Es folgt der umfangreiche Fragenblock, der sich mit der Lebenssituation des Klientels befasst. Dadurch soll die besondere, mehrfachbelastete Lebenslage der Betroffenen aus Sicht der Experten erfragt werden. Zu Beginn wird der Interviewpartner nach dem Zusammenhang zwischen Wohnungslosigkeit und psychischen Erkrankungen gefragt. Dieser Zusammenhang wurde im Theorieteil beleuchtet und die Aussagen der Experten sollen damit verglichen werden. Es werden die im Theorieteil zusammengetragenen Zahlen zur Prävalenz von psy-

---

<sup>22</sup> Der in den Interviews zum Einsatz gekommene Leitfaden ist im Anhang aufgeführt.



chischen Krankheiten unter Wohnungslosen mit den Erfahrungen der Interviewpartner abgeglichen. Weitere Fragen dieser Form befassen sich mit Aspekten wie Geschlechtsunterschiede und Komorbidität. Fragen dazu lauten beispielsweise:

- Welche Geschlechtsunterschiede sehen Sie bei dem betroffenen Personenkreis?
- Können Sie aus Ihrer Erfahrung die hohe Quote an Komorbidität bestätigen?
  - Mehrere psychische Erkrankungen
  - Psychische Erkrankung in Verbindung mit Suchterkrankung.

Der zweite Fragenblock beschäftigt sich mit den Zugangsmöglichkeiten und der Nutzung komplementärer Einrichtungen und Angebote. Um eine Abgrenzung zu ermöglichen, ist es notwendig auch Fragen zu den maßgeblichen Hilfesystemen zur Versorgung des Klientels zu stellen. Damit soll deutlich werden, welche Angebote es generell gibt und welche durch das Klientel angenommen werden. Um die Forschungsfrage beantworten zu können und Aussagen zur Nutzung und Angebotsstruktur machen zu können, wird anschließend speziell nach den komplementären psychiatrischen Angeboten gefragt. Der Fragebogen schließt mit der Frage ab, wie das Klientel insgesamt und in Bezug auf das komplementäre Hilfesystem zu erreichen ist. Daraus lassen sich bereits Schlüsse bezüglich der Zugangsbarrieren ziehen.

Das zu untersuchende Klientel kommt aufgrund der Mehrfachbelastung mit unterschiedlichen Hilfesystemen in Berührung. Aufgrund dessen ist es wichtig, die Zusammenarbeit zwischen den Hilfesystemen, zwischen Einrichtungen und zwischen verschiedenen Berufsgruppen zu beleuchten. Daher werden im dritten Frageblock beispielsweise folgende Fragen gestellt:

- Gibt es eine funktionierende Kooperation?
  - Zuständigkeitsgerangel?
  - In Konzeption vorgesehen? Wird auch umgesetzt?
  - Probleme durch eventuelle Statusunterschiede (Arzt-Sozialarbeiter)

Der folgende Fragenblock legt den Schwerpunkt auf Probleme und Defizite aus Sicht der Experten. Durch diese Fragen soll verdeutlicht werden an welcher Stelle Probleme auftreten und Defizite gesehen werden. Diese Fragen zielen unter anderem auf die bestehende Gesetzgebung und die Verwirklichung dieser Gesetze ab. Es wird außerdem auf die Versäulung und Spezialisierung des Hilfesystems eingegangen. Dadurch soll beantwortet werden, ob diese Spezialisierung der Versorgung einer Zielgruppe mit vielfältigen Problemlagen gerecht wird.

- Sehen Sie Defizite in der Gesetzgebung?

- Sehen Sie Probleme in der Rechtsverwirklichung, also der Umsetzung der bestehenden Gesetze?
- Bezügl. der starren Versäulung des Hilfesystems?
  - Hilfesystem sehr spezialisiert, problematisch wenn Zielgruppe vielfältige Problemlagen?

Durch den beschriebenen Fragenblock soll die Situation bezüglich der Versorgung des zu untersuchenden Klientels beschrieben werden. Außerdem lassen sich aus diesem Block Schlüsse zur Formulierung von Verbesserungsvorschlägen ziehen.

Der letzte Fragenblock beschäftigt sich explizit mit den Verbesserungsvorschlägen der Interviewpartner. Zum Einen soll ihnen ein genereller Raum zur Entwicklung von Verbesserungsvorschlägen geboten werden. Zum Anderen werden auf spezielle Themen ausgerichtete Aspekte angesprochen, die sich aus dem Theorieteil ableiten lassen. Zum Beispiel:

- Mehr therapeutische Versorgung nötig, da so hohe Zahlen an psychischen Erkrankungen?
- Wäre Eingliederungshilfe notwendig?
- Veränderung in den letzten Jahren? → Reform des Hilfesystems 2005

Des Weiteren wird exemplarisch nach einer Methode der Sozialen Arbeit gefragt, die bereits in der Fachliteratur für das zu untersuchende Klientel als geeignet eingeschätzt wird (vgl. u.a. Trabert 1998).

- Inwiefern schätzen Sie die Methode des Case Management<sup>23</sup> bei der Arbeit mit dem Klientel als geeignet ein?

Mit Hilfe der Aussagen der Experten sollen im letzten Teil der Untersuchung Verbesserungsvorschläge für die Versorgung mit besonderem Fokus auf das komplementäre psychiatrische Hilfesystem formuliert werden. Dies soll durch einen Vergleich der Aussagen aus den verschiedenen Interviews untereinander und durch einen Abgleich mit den im theoretischen Teil erarbeiteten Ergebnissen stattfinden.

---

<sup>23</sup> „Case management gehört der Sozialarbeit an und hat die Kernfunktion, den Klienten-Systemen (einzelnen Menschen, Familien und ihren Angehörigen, Kleingruppen, Nachbarn, Freunden usw.) in koordinierter Weise Dienstleistungen zugänglich zu machen, die von ihnen zur Lösung von Problemen und zur Verringerung von Spannungen und Stress benötigt werden.“ (Lowy, Louis, zit. n.: Galuske 2007, S. 197) „Der Kern der Arbeit ist die Ermittlung, Konstruktion und Überwachung eines problemadäquaten Unterstützungsnetzwerkes, zu dem sowohl die informellen sozialräumlichen Ressourcen [...] gehören, wie auch die formellen des (sozialen) Dienstleistungssektors.“ (Galuske 2007, S. 199).

## 8.4 Durchführung der Interviews

Insgesamt wurden vier Interviews mit Experten geführt, die in ihren jeweiligen Arbeitsfeldern mit dem zu untersuchenden Klientel zu tun haben. Die Interviews wurden jeweils mit einem Diktiergerät aufgezeichnet und anschließend transkribiert. Die Interviews dauerten zwischen 49 und 67 Minuten. Im Vorfeld kam es bezüglich der Auswahl der Interviewpartner zu Schwierigkeiten, da ein ausgewählter Experte aufgrund einer längeren Erkrankung nicht an der Untersuchung teilnehmen konnte. Somit musste noch ein weiterer Kontakt hergestellt werden, was weitere Zeit in Anspruch nahm. Hinsichtlich der Durchführung der Interviews ist anzumerken, dass der Leitfaden zwar bei allen Interviews verwendet wurde, die Fragen aber aufgrund der unterschiedlichen Professionen und Arbeitsfelder der Interviewpartner variabel eingesetzt wurden. So wurden beispielsweise Fragen zur speziellen Diagnostik von psychischen Erkrankungen vermehrt bei den Interviewpartnern mit einem psychiatrischen beruflichen Hintergrund gestellt, wobei bei den Interviews mit Experten aus dem sozialpädagogischen Berufsfeld eher auf solche Fragen verzichtet wurde.

Alle Befragten waren sehr interessiert an der Thematik; sie nahmen sich Zeit, waren flexibel in der Terminfindung und durchweg kooperativ. Den jeweiligen aufgezeichneten Interviews gingen Gespräche voraus bzw. es wurde nach Beendigung der Aufnahme die Durchführung des Interviews reflektiert und weitere Informationen bezüglich der vorliegenden Untersuchung oder des Arbeitsfeldes ausgetauscht. Diese Gespräche sind für das Forschungsvorhaben nicht relevant und insofern bei der Auswertung zu vernachlässigen.

Das erste Interview, mit 67 Minuten das längste, fand zu Hause bei der Interviewpartnerin statt, wodurch eine relativ ruhige und ungestörte Atmosphäre gewährleistet war. Die Interviewpartnerin hatte bereits Erfahrungen mit der Darstellung ihrer Arbeit und konnte kompetent auf die Fragen des Leitfadens antworten. Die Kontaktaufnahme und Terminabsprache funktionierte problemlos und wurde per Email und Telefon abgewickelt.

Das zweite Interview fand im Büro eines Sozialpsychiatrischen Dienstes, also in der Arbeitsstelle des Interviewpartners, statt. Dadurch war die Atmosphäre nicht gemütlich, sondern hatte einen arbeitsamen Charakter. Dies trug dazu bei, dass das Interview zielstrebig geführt wurde und einen hohen Informationsgehalt aufweist. Da zum Zeitpunkt des Interviews bereits Feierabend war, konnte es ohne Störungen durchgeführt werden. Die Dauer des Interviews betrug 52 Minuten.

Das dritte Interview wurde in einem Büro eines Wohnverbands geführt und war mit 49 Minuten das kürzeste. Zur Mittagszeit war viel los und das Interview wurde mehrmals durch Mit-

arbeiter oder Telefonanrufe gestört. Das Interview unterschied sich insofern von den anderen, als das zwei Interviewpartner anwesend waren. Durch die ungewohnte Situation dauerte es eine gewisse Zeit, bis klar wurde, dass der eine Interviewpartner der Hauptansprechpartner war. Dies wurde unter anderem dadurch deutlich, dass der zweite Interviewpartner an nur sehr wenigen Stellen etwas zu den Fragen dazu steuerte.

Das vierte Interview fand in einem Büro in einer Einrichtung für Wohnungslose statt. Die Atmosphäre war entspannt und bis auf eine kurze Störung durch einen Telefonanruf ungestört. Die Interviewpartnerin war ebenfalls erfahren in der Darstellung ihrer Arbeit und konnte umfangreich auf die gestellten Fragen antworten. Die Dauer des Interviews betrug 66 Minuten.

## 9. Auswertung der Interviews

Um die durchgeführten Interviews so auszuwerten, dass die notwendigen Informationen zur Beantwortung der Untersuchungsfragen herausgearbeitet werden können, müssen geeignete Methoden zur Auswertung ausgewählt werden. Im folgenden Kapitel wird die Auswertung des Datenmaterials beschrieben und die Auswahl der Methoden begründet. Anschließend erfolgt die Auswertung der Interviews nach diesen Methoden.

### 9.1 Auswertungsmethoden

Das Ziel der vorliegenden Untersuchung ist es, herauszufinden, wie sich das psychiatrische System für Wohnungslose in Hamburg darstellt. Ein besonderer Fokus liegt dabei auf den Zugangsmöglichkeiten der Betroffenen in das komplementäre psychiatrische Hilfesystem. Um die notwendigen Informationen zur Beantwortung der Forschungsfrage aus den Interviews heraus ziehen zu können, wurde nicht ein komplettes Auswertungsverfahren angewendet, sondern Methodenelemente, die sich besonders gut für die Extraktion der gewünschten Informationen eignen. Um die geeigneten Informationen aus den Interviews zu erhalten, werden Elemente der qualitativen Inhaltsanalyse verwendet; die zusammenfassende und die strukturierende Inhaltsanalyse. Durch die zusammenfassende Inhaltsanalyse kann das Material so reduziert werden, dass nur die für das Forschungsvorhaben wesentlichen Inhalte erhalten bleiben. Ziel ist es dabei „das Material so zu reduzieren, dass die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben, durch Abstraktion einen überschaubaren Corpus schaffen, der immer noch Abbild des Grundmaterials ist“ (vgl. Mayring 2008, S. 58). Im ersten Schritt werden die wesentlichen Aussagen der Interviewtexte paraphrasiert. Daraufhin folgt die Generalisierung, bei der diese Textabschnitte auf ein anderes bzw. höheres Abstrakti-

onsniveau gebracht werden. Dabei muss das Abstraktionsniveau festgelegt werden, damit alle Paraphrasen, die unter diesem Niveau liegen, ebenfalls verallgemeinert werden können. Anschließend werden die Generalisierungen weiter reduziert und auf eine noch höhere Abstraktionsebene gebracht. Dadurch entstehen allgemeine Kategorien. Bei allen Schritten sollte darauf geachtet werden, dass die Kategorien das Ausgangsmaterial noch repräsentieren<sup>24</sup>. Es handelt sich bei diesem Methodenelement um eine induktive Vorgehensweise, da von dem Besonderen (den Aussagen in den einzelnen Interviews) ausgehend, etwas Allgemeines formuliert wird (vgl. Mayring 2008, S. 61). Durch diese Art der Zusammenfassung entstehen aussagekräftige Kategorien, die es ermöglichen den gesamten Text der Interviews wiederzugeben. Da diese Methode bei allen Interviews durchgeführt wird, lassen sich die gewonnenen Kategorien der einzelnen Interviews und somit die gesamten Interviews gut mit einander vergleichen.

Bei der strukturierenden Inhaltsanalyse ist das Vorgehen genau gegensätzlich. Sie hat zum Ziel, „bestimmte Aspekte aus dem Material herauszufiltern, unter vorher festgelegten Ordnungskriterien einen Querschnitt durch das Material zu legen oder das Material aufgrund bestimmter Kriterien einzuschätzen“ (Mayring 2008, S. 58). Dazu werden Kategorien gebildet, die an das auszuwertende Material herangetragen werden und zu denen jeweils Ankerbeispiele aus den Interviewtexten aufgeführt werden. Die Kategorien werden aus dem Leitfaden gebildet, der wiederum aus dem theoretischen Teil der Arbeit resultiert. Damit es zu keinen Abgrenzungsproblemen kommt, müssen diese genau bestimmt werden und es muss festgelegt werden, welche Aussagen unter eine Kategorie gefasst werden. Das Vorgehen der strukturierenden Inhaltsanalyse kann als ein deduktives Vorgehen verstanden werden, da mit Kategorien, die aus dem Leitfaden und somit aus dem theoretischen Teil der vorliegenden Arbeit gewonnen werden, in das Material hineingegangen wird und für jede Kategorie konkrete Beispiele gesucht werden. Also wird von allgemeinen Aussagen ausgegangen, die wiederum auf die spezifischen Aussagen der Experten angewendet werden.

Bei der Fragenentwicklung (siehe Punkt 8.3.2) wurden theoretische Aspekte dieser Arbeit bereits zusammengefasst und einzelne Fragenblöcke mit weiteren Unterpunkten gebildet. Aus diesen Frageblöcken konnten die Kategorien gebildet werden, die es ermöglichen, das Material zu strukturieren und zu bearbeiten. Die einzelnen Kategorien werden bei der Auswertung beschrieben.

---

<sup>24</sup> Für dieses Vorgehen werden Tabellen angefertigt, die die Paraphrasen, Generalisierungen und Reduktionen enthalten. Aufgrund des Umfangs des Anhangs werden diese jedoch nicht komplett aufgeführt, sondern nur exemplarisch eine Seite beigefügt.

## 9.2 Auswertung

Um das Datenmaterial auszuwerten, werden in vorliegender Untersuchung die Methodenelemente der zusammenfassenden sowie der strukturierenden Inhaltsanalyse verwendet. In folgendem Kapitel erfolgt nun im ersten Schritt die Anwendung der zusammenfassenden Inhaltsanalyse, welche im vorangegangenen Abschnitt erläutert wurde. Bei der Analyse der getroffenen Aussagen ist anzumerken, dass sich die Aussagen der Experten nur bedingt verallgemeinern lassen und diese immer im Kontext der jeweiligen Arbeitsfelder zu sehen sind. So sind Kritikpunkte teilweise bezirksabhängig und lassen sich nicht auf ganz Hamburg übertragen.

### 9.2.1 Auswertung nach der zusammenfassenden Inhaltsanalyse

Bei der zusammenfassenden Inhaltsanalyse werden, wie schon in Abschnitt 9.1 beschrieben, ausgewählte Textstellen zuerst paraphrasiert und anschließend generalisiert. Abschließend erfolgt eine Reduktion, aus der sich Kategorien ziehen lassen.

Die zusammenfassende Inhaltsanalyse ergibt für alle vier Interviews insgesamt 13 Kategorien, die in den Interviews unterschiedlich akzentuiert vorkommen. Die meisten Kategorien finden sich in allen Interviews wieder. Es gibt nur wenige, die nur in einem oder zwei Interviews auftauchen, wofür andere Kategorien dort wiederum nicht festzustellen sind.

Die Kategorien die insgesamt gebildet werden konnten sind:

*Lebenslage des Klientels, Exklusion, Zusammenhang psychischer Erkrankung und Wohnungslosigkeit, Arbeit mit dem Klientel, Kooperation, Hilfesysteme, Komplementäres System, Gesetzgebung, Defizite in der Versorgung, Statusunterschiede, Eingliederungshilfe, gesetzliche Betreuung, Verbesserungsvorschläge.*

In allen vier Interviews ist die Kategorie *Lebenslage des Klientels* zu finden. Aus der Lebenslage ergeben sich viele Aspekte, die die Arbeit mit dem Klientel maßgeblich beeinflussen. So werden in allen vier Interviews die belastenden Lebensumstände der Wohnungslosigkeit sowie der teilweise fehlende Versicherungsschutz und die fehlende Krankheitseinsicht thematisiert. Besonders in den Interviews I und IV werden diesbezüglich vermehrt Aussagen getroffen, was sich mitunter damit erklären lässt, dass die beiden Interviewpartner im Rahmen ihrer Arbeit vermehrt aufsuchende Arbeit leisten und daher auf ein Klientel treffen, welches auf der Straße lebt und teilweise komplett aus jeglichen Hilfesystemen herausgefallen ist.

Unter die Kategorie fallen ebenfalls Aussagen zum Aspekt der Geschlechtsspezifität. So bestätigen beispielsweise Interviewpartnerinnen I und IV die Erscheinungsform der verdeck-

ten Wohnungslosigkeit bei Frauen und treffen auch Aussagen die unterschiedliche Verteilung psychischer Krankheiten betreffend.

In Interview III hat sich eine Kategorie herausgebildet, die die gesellschaftliche Ausgrenzung des betroffenen Klientels beschreibt. Unter der Kategorie *Exklusion* wird die Lebenslage des Klientels eng mit gesellschaftlichen Prozessen in Verbindung gesetzt. So können die Betroffenen den Anforderungen der modernen Gesellschaft nicht gerecht werden, woraufhin eine Ausgrenzung stattfindet. Interviewpartner III beschreibt beispielsweise, dass viele Betroffenen vom Arbeitsmarkt ausgeschlossen sind, da sie bereits die notwendigen Behördengänge nicht selbstständig leisten können. Diese Kategorie ist in Verbindung mit der Kategorie *Zusammenhang zwischen Wohnungslosigkeit und psychischer Erkrankung* zu sehen. Laut Interviewpartner III steht die hohe Prävalenz an psychischen Erkrankungen eng mit den Ausgrenzungsmechanismen der modernen Gesellschaft und der Entstehung von Wohnungslosigkeit in Zusammenhang.

Die Kategorie *Zusammenhang psychischer Erkrankung und Wohnungslosigkeit* fasst alle Aussagen zusammen, die das Zusammenspiel der Lebensbedingungen in der Wohnungslosigkeit mit einer psychischen Erkrankung beschreiben. So beschreibt Interviewpartnerin I, wie die Wohnungslosigkeit als massiver Stressor negative Auswirkungen auf die Psyche der Betroffenen haben kann und gegebenenfalls bestehende psychische Erkrankungen dadurch negativ in ihrem Verlauf beeinflusst werden. Umgekehrt seien psychische Erkrankungen ein Belastungsfaktor und erhöhen das Risiko wohnungslos zu werden. Der Aspekt der negativen Beeinflussung des Verlaufs psychischer Erkrankungen bzw. der Gefahr der Chronifizierung derselben, durch das Leben in der Wohnungslosigkeit, wird ebenso in Interview I und III erläutert, demzufolge sei es kaum möglich, sich in der Wohnungslosigkeit zu stabilisieren. In allen Interviews werden Aussagen getroffen, die den Zusammenhang von sozialen und psychischen Aspekten und der Entstehung von Wohnungslosigkeit betonen. So ist beispielsweise in Interview III die Rede von Beziehungsabbrüchen und dem Herausfallen aus Familie und Arbeitswelt, die die Wohnungslosigkeit und auch die Entstehung von psychischen Erkrankungen begünstigen. In den Interviews III und IV wird das Leben in der Wohnungslosigkeit zusätzlich von einer Perspektive betrachtet, durch die das betroffene Klientel in dem täglichen Überlebenskampf auf der Straße einen Sinn findet. Durch die organisatorischen und praktischen Aufgaben, die bei einem Leben in der Wohnungslosigkeit anfallen und dem „immer etwas zu tun zu haben“ treten andere Probleme, soziale und gesundheitliche, in den Hintergrund.

Die Kategorie *Arbeit mit dem Klientel* kann ebenfalls in allen vier Interviews herausgearbeitet werden. Unter diese Kategorie fallen diejenigen Aussagen der Interviewpartner, die die Arbeit mit dem zu untersuchenden Klientel betreffen. Dabei ist das jeweilige Arbeitsgebiet der Interviewpartner zu berücksichtigen. Diesbezüglich berichten die Interviewpartner beispielsweise von Schwierigkeiten mit den Betroffenen in Kontakt zu treten oder verbindliche Treffen auszumachen. Diese Aussagen lassen sich der Unterkategorie *Probleme bei der Arbeit mit dem Klientel* zuordnen. Abzugrenzen dazu sind Aussagen, die wichtige Aspekte in der Arbeit der Interviewpartner beschreiben. Diese Aspekte lassen sich wiederum der Unterkategorie *Wichtiges bei der Arbeit mit dem Klientel* zuordnen. Besonders in den Interviews III und IV lassen sich vermehrt Aussagen zu dieser Thematik finden. So ist beispielsweise der Aspekt der kontinuierlichen Beziehungsarbeit mit den Betroffenen ein wichtiger, die Arbeit mit dem Klientel betreffender, Punkt.

Die Kategorie *Kooperation*, ebenfalls in allen Interviews zu finden, beinhaltet Aussagen, die bezüglich der Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen, anderen Berufsgruppen oder anderen Hilfesystemen getroffen wurden. Diese Kategorie verdeutlicht die Relevanz der Zusammenarbeit, durch welche der Zugang zu einer bedarfsgerechten Versorgung gewährleistet wird. So spricht Interviewpartner II im Kontext seiner Arbeit im Gesundheitsamt vermehrt über die Zusammenarbeit mit den bezirklichen Fachstellen für Wohnungsnotfälle sowie mit der Bundesagentur für Arbeit, während Interviewpartnerin IV über einen guten Austausch mit den Einrichtungen der Drogenhilfe berichtet.

Alle Interviewpartner beschreiben den Aufbau, den Zugang und die Nutzung der verschiedenen Hilfesysteme, mit denen das betroffene Klientel in Berührung kommt. Die Kategorie *Hilfesysteme* umfasst somit alle Aspekte der Nutzung und des Zugangs zu den maßgeblichen Hilfesystemen; der Psychiatrie, der Wohnungslosenhilfe und der Suchtkrankenhilfe. Diese Kategorie bietet Aufschluss über die Zugangsbarrieren und -schwierigkeiten zu den Hilfesystemen und macht deutlich, in welchem Ausmaß die Barrieren der Hilfesysteme den Zugang für das betroffene Klientel regeln. Das komplementäre psychiatrische Hilfesystem wird nicht unter die beschriebene Kategorie gefasst und bildet eine eigene Kategorie, da im Rahmen der Fragestellung der Untersuchung explizit nach dieser Thematik gefragt wurde und somit entsprechend ausführliche Aussagen in den Interviews zu finden sind.

Wie gerade erläutert, lässt sich die Kategorie des *komplementären psychiatrischen Hilfesystems* aus den Interviews herausziehen. Es wurde in allen Interviews explizit nach der Nutzung, dem Zugang und besonders den Zugangsbarrieren zu komplementären Einrichtungen und Angeboten gefragt. Diesbezüglich wurde besonders in Interview I deutlich, dass diese



Formen der Hilfe von dem zu untersuchenden Klientel kaum genutzt werden, was unter anderem an den hohen Zugangsbarrieren liegt. Deutlich wird außerdem, dass es sehr wenige Einrichtungen gibt, die auf den Bedarf des Klientels mit ihrer beschriebenen Mehrfachbelastung eingestellt sind. So führt der Weg in das komplementäre psychiatrische Hilfesystem laut allen Interviewpartner fast ausschließlich über die stationäre Psychiatrie oder über die Einrichtung eines rechtlichen Betreuers. Die wenigen, speziell auf das Klientel ausgerichteten Einrichtungen, sind ausgelastet, spielen aber in den teilweise sehr niedrighwelligen Arbeitsfeldern der Interviewpartner kaum eine Rolle. Dies liegt teilweise an den Zugangsbarrieren der Einrichtungen. Zusammenfassend sprechen alle Interviewpartner bezüglich des komplementären psychiatrischen Hilfesystems davon, dass es in Hamburg zu wenige speziell auf das Klientel abgestimmte Einrichtungen gibt und betonen die erschwerten Zugangsmöglichkeiten durch lange Wartezeiten sowie Krankheitseinsicht als Voraussetzung.

Die Kategorie *Gesetzgebung* lässt sich in drei von vier Interviews wiederfinden. Darunter lassen sich die Aussagen zuordnen, die die bestehende Gesetzgebung und vor allem den Umgang mit den für das Klientel maßgeblichen Gesetzen beschreiben. So wird in den Interviews I, III und IV ausführlich beschrieben, auf welcher gesetzlichen Grundlage die Unterbringung von Wohnungslosen in Hamburg stattfindet, sei es durch SOG oder §§ 67ff. SGB XII und unter welchen Umständen und gesetzlichen Voraussetzungen die Hilfeform der Eingliederungshilfe nach §§ 53ff. SGB XII greift. Durch diese Kategorie werden auf gesetzlicher Ebene Zugangsvoraussetzungen und Barrieren aufgezeigt, die die Nutzung der Hilfsangebote regeln.

In allen vier Interviews wird bemängelt, wie schlecht es um angemessenen Wohnraum in Hamburg steht und, dass es sehr schwierig ist, für Wohnungslose freie Wohnungen zu finden. Diese Aussagen lassen sich der Kategorie *Defizite in der Versorgung* zuordnen. Besonders in Interview I lässt sich Kritik an der personellen und räumlichen Ausstattung der Wohnunterkünfte für Wohnungslose erkennen. Ebenso ist Kritik an dem psychiatrischen Hilfesystem bezüglich der Ausgrenzung von Schwerstkranken zu finden. Alle Aussagen, die Kritik an der Versorgung des betroffenen Klientels üben, die die maßgebliche Hilfesysteme, die Wohnungslosenhilfe, die Psychiatrie oder die Suchtkrankenhilfe betrifft, fallen unter die beschriebene Kategorie.

In dem Arbeitsfeld des betroffenen Klientels trifft das Hilfesystem der Psychiatrie und das Hilfesystem der Wohnungslosenhilfe aufeinander. Diesbezüglich wurden besonders in Interview I und IV Aussagen zu der Zusammenarbeit der Profession der Sozialen Arbeit und der Ärzte getroffen. Diese lassen sich der Kategorie *Statusunterschiede* zuordnen. So beschreibt

Interviewpartnerin IV welche Rolle der Status bei der Kooperation der verschiedenen Berufsgruppen spielt und räumt diesem einen entscheidenden Faktor ein, besonders wenn es um die fallbezogene Kooperation geht. Es werden Probleme in der Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen deutlich, die häufig einer gelingenden Kooperation entgegen stehen.

In den Interviews I und III hat sich die Kategorie *Eingliederungshilfe* herauskristallisiert.

In dieser werden Aussagen bezüglich der Eignung der Eingliederungshilfe in ambulanter oder stationärer Form für das betroffenen Klientel diskutiert. So wird betont, dass die ambulante Eingliederungshilfe, zum Beispiel in Form von PPM, eine eigene Häuslichkeit voraussetzt und somit für das wohnungslose Klientel nicht in Frage kommt. Interviewpartner III beschreibt sein Arbeitsfeld und erläutert, wie den Klienten Wohnungen zur Verfügung gestellt werden, in denen sie in Wohngemeinschaften zusammenwohnen. In den Wohnungen erhalten die Klienten unter anderem ambulante Eingliederungshilfe.

Interviewpartnerin I beschreibt im Kontext ihrer aufsuchender Arbeit auf der Straße, dass die Wohnverbände, wie zum Beispiel das Projekt von Interviewpartner III, in ihrer Arbeit kaum eine Rolle spielen. Die getroffenen Aussagen machen deutlich, welche Bandbreite an Biographien sich unter wohnungslosen psychisch kranken Menschen wiederfinden lassen und welche Bandbreite an Bedarfen daraus resultiert.

Ebenso hat sich gezeigt, dass die Einrichtung von gesetzlichen Betreuern eine wichtige Rolle in der Arbeit mit dem Klientel spielt. Aufgrund der vielfältigen Aussagen in allen vier Interviews diesbezüglich ist das Themenfeld der *gesetzlichen Betreuung* als eigene Kategorie zu sehen. Alle vier Interviewpartner betonen die Bedeutung der Kooperation mit den gesetzlichen Betreuern. Interviewpartnerin I und II beschreiben, wie sie im Zuge ihres Berufsfeldes gesetzliche Betreuungen anregen. In allen Interviews, aber besonders in Interview I und IV, wird deutlich, dass die Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung einen Weg darstellt, schwer psychisch kranke Wohnungslose in das Hilfesystem zu integrieren. So ist es im Rahmen der aufsuchenden Arbeit nötig, vor allem im Winter eine zwangsweise Unterbringung anzuregen, was durch das Vorhandensein einer gesetzlichen Betreuung erheblich erleichtert wird. Durch eine gesetzliche Betreuung kommen viele Betroffene, die teilweise aus allen Hilfesystemen herausgefallen sind, wieder in den Leistungsbezug und sind somit krankenversichert. Laut Interviewpartnerin IV stellt die gesetzliche Betreuung einen Türöffner dar, durch den die Betroffenen in eine Unterkunft der Wohnungslosenhilfe oder auch in das psychiatrische Hilfesystem vermittelt werden können. Die Aussagen von Interviewpartner III unterstützen diese Thesen und beschreiben die Zusammenarbeit mit gesetzlichen Betreuern, durch die die Betroffenen auch Zugang zu den Wohnverbänden bekommen.

In allen Interviews ergaben sich aus der Beschreibung des Arbeitsfeldes der jeweiligen Interviewpartner und aus der Schilderung der Arbeit mit dem Klientel, der Lebenslage des Klientels und der Nutzung der Hilfesysteme, Verbesserungsvorschläge. Diese lassen sich zu der breit gefächerten Kategorie *Verbesserungsvorschläge* zusammenfassen. Die Vorschläge liegen mit ihrem Fokus teils auf praktischen Dingen, wie der Einführung einer Liste von akut gefährdeten Wohnungslosen im Winter, über die Notwendigkeit der besseren Kooperation der Hilfesysteme Psychiatrie und Wohnungslosenhilfe (Interview I) oder der Änderung der Zugangsvoraussetzungen zu ambulanter Eingliederungshilfe in Interview II. In Interview I und III werden unter anderem abstrakte Vorschläge zur Änderung der Versorgungsstruktur bzw. der Ausrichtung des Gesundheitssystems gemacht. Diese beziehen sich auf Klaus Dörner, der den Grundsatz geprägt hat, bei der Versorgung psychisch Kranker zuerst den Bedarf der am schwersten Erkrankten zu berücksichtigen. Die beschriebene Kategorie enthält ebenfalls Aussagen zur Entwicklung in den letzten Jahren und zeigt, dass teilweise Verbesserungen zumindest ansatzweise umgesetzt wurden.

Durch die Bildung der beschriebenen Kategorien wurden die Interviewtexte zusammengefasst und es wurde deutlich, dass die wesentlichen Aussagen des Textes den Leitfaden widerspiegeln, darüber hinaus jedoch noch weitere Kategorien entstanden sind. Diese geben Aufschluss über wichtige Aspekte bezüglich der Arbeit mit dem Klientel und sind somit in die Untersuchung mit einzubeziehen und mit dem theoretischen Teil in Verbindung zu setzen. Eine weitere und genauere Analyse sowie die Zusammenführung mit den Ergebnissen der anderen Auswertungselemente erfolgt in Kapitel 9.3.

## 9.2.2 Auswertung nach der strukturierenden Inhaltsanalyse

Das Vorgehen der strukturierenden Inhaltsanalyse wurde bereits in Kapitel 9.1 erläutert. Die Kategorien, die aus dem Leitfaden gewonnen wurden, sollen nun dazu dienen die Interviewtexte zu strukturieren. Der Leitfaden kam bei allen vier Interviews gleichermaßen zum Einsatz und somit wird auf alle Interviews das gleiche Kategoriensystem angewendet. Alle Interviews begannen mit Fragen nach dem jeweiligen Arbeitsgebiet der Interviewpartner. Aus dieser Eingangsfrage ergibt sich keine eigene Kategorie, da die Aussagen den anderen maßgeblichen Kategorien zuzuordnen sind.

Im Folgenden werden die Kategorien bestimmt, definiert und anschließend Ankerbeispiele aus dem Interviewmaterial aufgeführt. Diese verdeutlichen die Inhalte der Kategorien und lassen anhand dieser einen Vergleich der verschiedenen Interviews zu.

Es lassen sich sechs Hauptkategorien bilden, die die Hauptfragenblöcke des Leitfadens abbilden. Teilweise ist es notwendig, diese Kategorien in Unterkategorien zu unterteilen. Somit kann der Text differenzierter strukturiert werden. Einige Kategorien ähneln denen der zusammenfassenden Inhaltsanalyse, was daher resultiert, dass die Kategorien aus dem Leitfaden gebildet worden sind und die Antworten der Interviewpartner diesen bei der zusammenfassenden Inhaltsanalyse widerspiegeln. Die Hauptkategorien sind:

- Lebenssituation des Klientels
- Hilfesysteme
- Komplementäre psychiatrische Einrichtungen und Angebote
- Kooperation / Zusammenarbeit
- Probleme / Defizite
- Verbesserungsvorschläge

Die Kategorie *Lebenssituation des Klientels* ergibt sich aus den Fragen, die auf das Wissen der Experten bezüglich der Lebenslage des zu untersuchenden Klientels abzielen. Darunter fallen Fragen hinsichtlich der Prävalenz psychischer Krankheiten, der Komorbidität und der Geschlechtsunterschiede. Aus der Darstellung der Lebenssituation können gegebenenfalls Bedarfe abgeleitet werden. Des Weiteren können die Aussagen der Experten mit den im Theorieteil dargestellten Aspekten abgeglichen werden. Ein besonderer Fokus liegt auf dem Zusammenhang und Wechselspiel psychischer Krankheiten mit dem Leben in der Wohnungslosigkeit. Daher wird die Unterkategorie *Zusammenhang zwischen Wohnungslosigkeit und psychischer Erkrankung* gebildet. Hierunter fallen alle Aussagen die den Zusammenhang erläutern und beispielsweise auf ein Bedingungsgefüge hindeuten.

In allen Interviews wird die allgemeine Lebenssituation des Klientels beschrieben. Alle Interviewpartner beschreiben diese als extrem belastet und verifizieren dadurch die dazu im Theorieteil aufgeführten Aspekte.

*„Die, ich sag mal ganz derbe, die verrotten auf der Straße. Die leben seit zehn/ 15 Jahren auf der Straße, sind nicht mehr in der Lage sich zu ernähren, sind nicht mehr in der Lage irgendwie ihre/ ihre Krankheiten irgendwie zu sehen. Also haben/ Empfinden teilweise gar keine Schmerzen mehr, sind völlig verwahrlost, in einem völlig desolaten Zustand.“ (Interview IV, S. 2, Z. 25-28)*

*„Also dass die Leute einfach auch keine Wünsche mehr, sich vorstellen können. Also gar nicht mehr /äh/ Entwickeln können, dass sie an ihrer Situation was ändern wollen und das ist glaub ich wirklich ne Kernsymptomatik. Also die sind zum Teil so in ihrem Elend gefangen, die können überhaupt nicht überlegen, wie kann ich da raus. Das gibts gar nicht.“ (Interview I, S. 20, Z. 31-34)*

*„Aber auch /äh/ wenn jemand nicht krankenversichert ist oder überhaupt keine Leistungen, Sozialleistungen bekommt oder das auch nicht will/ Es gibt ja auch Menschen die sagen: Ich will auf keinen Fall an die Arge /äh/ eingebunden werden oder ins Grundsicherungssystem.“*

*Die sozusagen ihren Lebenserhalt durch Betteln oder wie auch immer bestreiten oder auch keine Krankenversicherung haben.“ (Interview II, S. 10, Z. 41-45)*

In allen Interviews werden des weiteren Angaben zur Prävalenz psychischer Erkrankungen gemacht, die die im Theorieteil erarbeiteten Zahlen bestätigen.

*„Ich denke auf jeden Fall mind. 75%.“ (Interview I, S. 6, Z. 37)*

*„Also streng genommen sind 100% psychisch krank.“ (Interview III, S. 6, Z. 31)*

Alle Interviewpartner bestätigen eine hohe Rate an Komorbidität und betonen die häufig zu beobachtende Verbindung von einer Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis mit einer Suchterkrankung (vgl. Interview II, S. 9, Z.13ff.; Interview IV, S. 12, Z. 15-18).

Hinsichtlich der Frage nach den Geschlechtsunterschieden können alle Interviewpartner bestätigen, dass deutlich mehr Männer von Wohnungslosigkeit betroffen sind.

*„Sind /äh/ die Männer mehr betroffen, auch was Suchterkrankungen betrifft. Ich würd schon auch sagen, von den Klientel die ich hab, sind mehr als ein Drittel/ haben auch ne Suchtproblematik und da wiederum sind auch die Männer vermehrt betroffen.“ (Interview II, S. 8f., Z.48-1)*

*„Also ich würd jetzt mal so von der / von der / vom Gefühl her, als Schätzung sagen, dass so 20 Prozent Frauen sind, im Wohnungslosensystem.“ (Interview IV, S. 13, Z. 15f.)*

In Interview I wird differenzierter auf die Geschlechtsunterschiede bezüglich der psychischen Erkrankungen eingegangen.

*„Und die Männer, bei denen setzt die Erkrankung auch oft ein, in einer Lebensphase wo sie sich noch nicht/ irgendwie ne eigene soziale Bezüge aufgebaut haben. Die fallen auch noch schneller raus. Die Frauen dagegen haben oft schon Ausbildungen, haben vielleicht schon geheiratet, haben schon n Kind und dann knallts los.“ (Interview I, S. 8, Z. 19-22)*

Außerdem werden in Interview I und II Aussagen bezüglich der Krankheitseinsicht getroffen. Die Interviewpartner berichten, dass eine fehlende Krankheitseinsicht oftmals mit der Symptomatik in Verbindung steht und dadurch Probleme bei der Arbeit mit dem Klientel zustande kommen (vgl. Interview II, S. 9, Z. 37-45; Interview I, S. 7, Z. 39-41).

Bei der Unterkategorie *Zusammenhang psychischer Erkrankungen und Wohnungslosigkeit* können viele Textstellen herausgearbeitet werden. Alle Interviewpartner machen deutlich, dass eine Wechselwirkung zwischen den extremen Lebensbedingungen in der Wohnungslosigkeit mit der Entwicklung, oder zumindest einem negativen Verlauf, psychischer Erkrankungen besteht.

*„Für mich ist der Zusammenhang klar da. Und ich denke, es gibt auch bei der/ bei den Obdachlosen, die auf der Straße leben, gerade bei den verelenden Obdachlosen auf der Straße, /äh/ doch /äh/ ne Gruppe, die eine schwere (Pause) chronische-schizophrene Psychose haben, die nicht behandelt wurde und die inzwischen so krank sind und so in ihrer Kommunikati-*

*ons/ In ihren Kommunikationsmöglichkeiten eingeschränkt sind, dass sie sich auch nicht mehr helfen können und die Angebote auch nicht annehmen können. (Interview I, S. 4f., Z. 50-55)*

*Und wenn sie dann ihre Wohnung verloren haben, dann geht einher in der Regel Verlust von Familie, Beziehungsabbruch etc. Spätestens dann werden sie so psychisch erkrankt, dass es sozusagen auffällig wird.“ (Interview III, S. 7, Z. 47-50)*

*„Wohnungslosigkeit als massiver Stressor, der dann das Risiko birgt, halt reaktiv /äh/ äh/ zum Beispiel Depressionen zu entwickeln oder auch /äh/ auch anderer Erkrankungen, wenn man zum Beispiel von dem Modell ausgeht, Menschen mit einer Psychose sind ja in ihrer Stressbewältigung vielleicht nicht so belastungsfähig und wenn dann zusätzliche Stressoren auftreten und Wohnungslosigkeit ist ja, also es ist nur sehr vereinfacht gesagt, ein deutlicher Stressor, ist das natürlich auch ein/ ein Risiko, dass die Krankheit /äh/ sich verschlechtert. Oder wenn man dann den Faden weiter spinnt, wenn die Betroffenen vielleicht ihre /äh/ Krankenkasse verlieren, Krankenversicherung verlieren, dann keine Behandlung mehr annehmen, zunehmend psychotisch werden, bei einem Menschen mit einer schizophrenen Psychose, dadurch dann noch wieder weniger erreichbar sind, keine Krankheitseinsicht haben, verstärkt das natürlich die Situation.“ (Interview II, S. 5f., Z.44-3)*

Interviewpartner II beschreibt zusätzlich, dass auch eine psychische Erkrankung erst zu der Entstehung von Wohnungslosigkeit beitragen kann.

*„Menschen mit /äh/ schweren /äh/ psychischen Krankheiten sind natürlich auch gefährdet, denk ich auch gefährdeter die Wohnung zu verlieren, weil sie dann ihre Angelegenheiten nicht regeln können zum Beispiel, dann die Miete nicht zahlen, sich abkapseln /äh/ sich zurückziehen, vielleicht vermüllen, so im Einzelfall und dann sind sie auch/ Es gibt ja so viele /äh/ Möglichkeiten warum jemand wohnungslos wird, aber das ist sicherlich ein/ ein Belastungsfaktor oder das Risiko dann noch mal erhöht dann vielleicht auch Suchtprobleme zu entwickeln. Einmal durch /äh/ Ja durch die ständige Belastung.“ (Interview II, S. 6, Z. 7-13)*

In Interview I und III wird betont, dass eine Stabilisierung der psychischen Gesundheit in der Wohnungslosigkeit perspektivisch nicht möglich ist.

*„Und unter den Bedingungen der Obdachlosigkeit kann man auch nicht gesund werden.“ (Interview I, S. 5, Z.11f.)*

*„Ich glaube auf der Straße perspektivisch, /äh, kein obdachloser Mensch die Möglichkeit perspektivisch zu stabilisieren.“ (Interview III, S. 8, Z. 11f.)*

Die Kategorie *Hilfesysteme* definiert sich maßgeblich durch Fragen nach Angeboten, der Nutzung und dem Zugang zu den Hilfsangeboten der verschiedenen Hilfesysteme, mit denen das Klientel in Berührung kommt. Unter die vorliegende Kategorie werden keine Aussagen zu der Nutzung komplementärer psychiatrischen Einrichtungen gefasst. Diese bilden eine eigene Kategorie, da aufgrund des Forschungsvorhabens ein besonderes Interesse an diesen Aussagen vorliegt. Alle Interviewpartner berichten, in welchem Umfang das zu untersuchende Klientel Angebote nutzt, die der Wohnungslosenhilfe, dem psychiatrischen Hilfesystem und der Suchtkrankenhilfe zuzuordnen sind. Bei dieser Kategorie ist zu beachten, dass die Interviewpartner selbst mit ihren Arbeitsgebieten jeweils einen Teil des Hilfeangebots an das Klientel darstellen.

Interviewpartnerin IV berichtet aus dem Kontext ihrer niedrigschwelligen aufsuchenden Arbeit wohin das Klientel vermittelt wird.

*„Es ist mehr zum Teil das Wohnungslosenhilfesystem, aber auch das psychiatrische System.“ (Interview IV, S. 5, Z. 17)*

*„Teilweise kommen sie auch /äh/ erst mal für drei Monate in die Psychiatrie. Dass man einfach guckt, kann man das über Medikamente eventuell noch was einstellen. Das sie danach wieder in der Lage sind/äh/ einigermaßen ein Leben zu führen so.“ (Interview IV, S. 5, Z. 22ff.)*

Es wird deutlich, dass eine vermischte Angebotsstruktur aus den verschiedenen Hilfesystemen angezeigt und notwendig aber auch problematisch sein kann.

*„Wenn zum Beispiel jemand ne Suchtproblematik hat, dann schließt das ja nicht aus, dass der in eine /äh/ Wohnform des Wohnungslosenhilfesystem reinkommt oder dass er parallel noch ein Arzt aufsucht.“ (Interview IV, S. 6, Z. 31ff.)*

*„Und diese psychisch Kranken hast du natürlich auch in ganz vielen Wohnprojekten der Wohnungslosenhilfe, so ne? Und das macht das nicht einfacher.“ (Interview IV, S. 11, Z. 36ff.)*

Aussagen bezüglich des Zugangs machen deutlich, über welche Wege und Maßnahmen die Betroffenen in die Hilfesysteme gelangen.

*„Aber bis sie jemanden da im System haben, ist es ein ganz weiter Weg. Also ich hab eher mal Leute, die sich in gewisser Weise stabilisieren und dann /äh/ von der Straße wegkommen und im (Einrichtung mit Wohnraum für Wohnungslose) oder im (Einrichtung mit Wohnraum für Wohnungslose) zu Recht kommen. Aber die sind damit nicht im psychiatrischen Hilfesystem, sondern die sind dann wenigstens im /ähm/ Obdachlosenhilfesystem.“ (Interview I, S. 11, Z. 4-8)*

Interviewpartner II berichtet außerdem, dass soziale Probleme bei den Betroffenen im Vordergrund stehen und die Betroffenen dadurch oftmals über sozialpädagogische Maßnahmen erreicht werden.

*„Sozialpädagogische Maßnahmen sind ja oftmals erforderlich. Finde zwar auch medizinische Behandlung ist sinnvoll, aber wird vielleicht doch eher abgelehnt oder / Oder die Betroffenen haben dann im Vordergrund erst mal soziale Probleme [...] Und über diesen Weg kann man dann vielleicht auch den Zugang bekommen, dann das auszubauen und vielleicht dann auch ne Behandlungsmotivation zu erreichen.“ (Interview II, S. 2, Z. 8-15)*

Durch die Aussagen der Interviewpartnerinnen und Interviewpartner I, II und IV wird deutlich, dass die Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung oft den Zugang zum Hilfesystem darstellt.

*„Also du hast, wenn sie ne Betreuung haben, was gut ist, sie sind wieder im Geldbezug. Also sie sind wieder im Leistungssystem drin, ne?“ (Interview IV, S. 4, Z. 26f.)*

*„Und wenn man/ Ja manchmal nicht erreichbar sind und manchmal dann aber dann über / Ja über Betreuungsverfahren erst dann in kleinen Schritten mal da ein/ so ein Hebel in Bewegung gesetzt werden kann.“ (Interview II, S. 9, Z. 48-51)*

Den Zugang zur Suchthilfe wird von Interviewpartner III als sehr hochschwellig beschrieben

*„Mit der Suchthilfe, die sagen dann auch, was können wir mehr machen. Er muss den Antrag stellen, dass Suchthilfe / das wird ja überwiegend dann doch über Krankenhilfe finanziert und da gibt es Wartezeiten über Wartezeiten bis man überhaupt einen Platz in der Entgiftung kriegt, das is ja alles nicht einfach. Das is ja auch ein Ziel bei denen, dass der Mensch selbst in der Lage sein muss was zu ändern.“ (Interview III, S. 10, Z. 33-37)*

Interviewpartnerin I resümiert bezüglich der Zugangsmöglichkeiten und der Nutzung des Gesundheitssystems, dass viele der am schwersten Betroffenen keinen Zugang zu Versorgungsleistungen haben (vgl. Interview I, S. 9, Z. 12ff.).

Eng mit der vorangegangenen Kategorie in Verbindung steht die Kategorie *Komplementäre psychiatrische Einrichtungen und Angebote*. Darunter fallen Aussagen, die die Angebote, die Nutzung und den Zugang zu Einrichtungen beschreiben, die dem komplementären psychiatrischen Hilfesystem zuzuordnen sind. Zu beachten ist, dass diese Angebote und Einrichtungen einen Teil des psychiatrischen Systems darstellen und daher eine vollkommene Abgrenzung zur vorangegangenen Kategorie nicht möglich ist. Alle vier Interviewpartner treffen Aussagen bezüglich der Nutzung des komplementären psychiatrischen Hilfesystems.

*„Die nutzen fast keine. Und dann sind sie auf der Straße. Also die Kunst ist ja, ob man sie eben ins psychiatrische System bekommt, ob sie das wollen, ob sie das annehmen können.“ (Interview I, S. 9, Z. 43f.)*

*„Im Einzelfall kann ich Ihnen Beispiele nennen, wo das klappt, aber viele fallen da leider durch.“ (Interview II, S. 11, Z. 14f.)*

*„Und wir hatten jetzt neulich einen, der war kurz davor da einziehen zu können, aber es war dann doch noch mal zu hochschwierig für ihn. Also er hat den Platz nicht bekommen, weil er zu wenig krankheitseinsichtig war.“ (Interview IV, S. 7, Z. 21ff.)*

Es wird deutlich, dass komplementäre psychiatrische Einrichtungen, die teilweise speziell auf das zu untersuchende Klientel zugeschnitten sind, in der niedrigschwelligen Arbeit auf der Straße keine Rolle spielen.

*„Haben wir wenig mit zu tun. Wir haben auch ganz wenig /äh/ mit der (Name einer Einrichtung für psychisch kranke Wohnungslose). Das ist ja auch dieses Wohnprojekt.“ (Interview IV, S. 7, Z. 16f.)*

*„Leider spielt (Name einer Einrichtung für wohnungslose psychisch Kranke) im Hilfesystem, in dem niedrigschwelligen, in dem ich mich mehr bewege, in der City, keine Rolle.“ (Interview I, S. 10, Z. 46ff.)*

Der SpD, als Teil der komplementären Versorgung wird, wenn es um präventive Maßnahmen geht, tätig, aber erreicht selten das betroffene Klientel, welches auf der Straße oder in Wohnunterkünften lebt. Interviewpartner II beschreibt wie der Sozialpsychiatrische Dienst in Fällen von drohendem Wohnungsverlust in Verbindung mit einer psychischen Erkrankung tätig wird.



*„Also sowohl, dass wir vermitteln wenn jemand zu uns kommt und wo sich herausstellt: Oh da sind Mietschulden entstanden und die müssen übernommen werden oder drohende Zwangsräumung und umgekehrt auch, wenn dort Kunden auftauchen, wo dann deutlich wird, da ist eine psychische Erkrankung oder Problematik, dass wir uns dann vorschließen.“ (Interview II, S. 2, Z. 45-49)*

Interviewpartnerin I beschreibt aus der Sicht ihrer aufsuchenden Arbeit mit dem betroffenen Klientel die Zuständigkeiten der Sozialpsychiatrischen Dienste und die Veränderung in den letzten Jahren.

*„Nein, leider nicht. Ich mach die Arbeit auch zum Teil, weil eigentlich wäre das ja Aufgabe des SpD, wenn man sich so das Gesetz anguckt. Aber der SpD (Name eines Bezirks) spielt leider gar keine Rolle. Es ist ETWAS besser geworden, da gabs nen personellen Wechsel. Es ist etwas besser geworden, aber die machen eigentlich nur PsychKG-Unterbringungen, als Feuerwehr sozusagen und gehen auf die Polizeiwache, wo die Leute schon sind.“ (Interview I, S. 13, Z. 36-40)*

Interviewpartnerin I erläutert des Weiteren ausführlich, dass komplementäre Angebote und Einrichtungen zu hochschwellig für das betroffene Klientel angelegt sind und dass der Weg in diese Angebote in der Regel über eine stationäre Aufnahme in die Psychiatrie verläuft (vgl. Interview I, S. 21f., Z. 51-3).

*„Sie haben also oft die dollsten Einrichtungen und da wird so viel von den Leuten verlangt/ Also auch im PPM Bereich, also dann klappts dann nicht, wenn die Leute einfach diesen Kontakt nicht halten können, nicht zulassen können und dann wird die Hilfe irgendwann eingestellt, ne?“ (Interview I, S. 25, Z. 14-16)*

*„das geht eigentlich nur, wenn sie erst jemanden in der Klinik haben. Und eventuell ist er dann /äh/ bereit sich wirklich behandeln zu lassen und dann auch weitere psychiatrische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Das sind aber nur wenige.“ (Interview I, S. 9, Z. 48ff.)*

Interviewpartner III ist in einem Wohnverbund für psychisch kranke Wohnungslose tätig, welcher dem komplementären psychiatrischen Hilfesystem zuzuordnen ist und beschreibt, auf welchem Weg das betroffenen Klientel in den Wohnverbund kommt.

*„Zu uns kommen die Leute wenn sie im Krankenhaus waren, wenn sie stationär untergebracht waren.“ (Interview III, S. 1, Z. 44f.)*

*„Es kommen viele von Betreuern, von gesetzlichen Betreuern, ganz viele /die froh sind, die dann auch gucken, im Wohnverbund und dann sagen, Mensch vielleicht ist da ne Wohnung.“ (Interview III, S. 4, Z.10ff.)*

In dem Wohnverbund wird das Klientel ambulant betreut. Dies geschieht unter anderem durch Eingliederungshilfe, durch Sozialdienste, durch Krankenhilfeleistungen und Hilfen zur Weiterführung des Haushaltes (§ 70 SGB XII) (vgl. Interview III, S. 3, Z. 24ff.). Aus den Beschreibungen dazu wird der vielfältige und teilweise umfangreiche Hilfebedarf des betroffenen Klientels deutlich.

Die Kategorie *Kooperation* ergibt sich aus den Fragen, die auf die Zusammenarbeit der verschiedenen Angebote und Einrichtungen abzielen. Darunter fallen demnach Aussagen der Interviewpartner, die die Zusammenarbeit der verschiedenen Hilfesysteme, der Einrichtungen innerhalb eines Hilfesystems und die Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen betreffen. Da nach der interdisziplinären Zusammenarbeit gefragt wird, fallen ebenfalls Aussagen, die Bezug auf Probleme nehmen, die durch Statusunterschiede zustande kommen, unter diese Kategorie.

Alle vier Interviewpartner berichten ausgiebig über die Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen. Dies macht deutlich, welche wichtige Rolle die Kooperation in der Arbeit mit einem mehrfach belasteten Klientel einnimmt. Interviewpartner II berichtet aus dem Kontext seiner Tätigkeit im Gesundheitsamt über die Kooperation mit unterschiedlichen Einrichtungen und Ämtern.

*„Wir als Sozialpsychiatrischer Dienst sind ja eine Schnittstelle und arbeiten mit vielen anderen Bereichen zusammen.“ (Interview II, S 2 Z17ff.)*

*„Zusammenarbeit, das ist noch relativ häufig mit der Grundsicherung oder früher wars noch intensiver, jetzt ist es eher mit der ARGE, die ist nicht mit im Haus, aber so als Schnittstelle.“ (Interview II, S. 3, Z. 2-5)*

*„Sonst arbeiten wir eher zusammen mit den Krankenhäusern hier bei uns im Sektor und dann auch wenn es um Wohnungslose geht die vielleicht hier ehemals gemeldet waren, wenn da ne stationäre Einweisung erforderlich ist, dann geht das über diese Krankenhäuser.“ (Interview II, S. 11f, Z. 49-1)*

Die Qualität der Kooperation trifft Interviewpartner II folgende Aussage:

*„Ja ich würd sagen, es ist jetzt eher immer eine / Wenns um/ Wenns akut was zu behandeln gibt. Also weniger/ Ein kontinuierlicher Austausch ist da jetzt nicht da. Da ist nicht so die Zeit, um sich da auch noch zu vernetzen.“ (Interview I, S. 12, Z. 20ff.)*

Und resümiert bezüglich der Zusammenarbeit verschiedener Einrichtungen und Institutionen, aber auch bezüglich verschiedener Berufsgruppen:

*„Würd ich schon auch sagen, dass da sicherlich auch Schwierigkeiten oder vielleicht viel Aufklärungsbedarf besteht oder viele /äh/ Möglichkeiten oder auch das zu verbessern.“ (Interview I, S. 13, Z. 41ff.)*

Interviewpartnerin I beschreibt, wie sich die Zusammenarbeit zum Beispiel mit den psychiatrischen Kliniken oder den Betreuungsstellen in letzter Zeit gebessert hat und bezieht in ihren Aussagen auch die Zusammenarbeit der Berufsgruppen Sozialarbeiter, Ärzten und Juristen mit ein.

*„Was inzwischen glaub ich besser geworden ist, ist zum Beispiel die Zusammenarbeit/ Also Betreuungsstelle, Betreuungsrichter und so weiter, also die haben kapiert, wie wertvoll die Sozialarbeiter sind, in der Kontaktherstellung. Oder die Betreuer, die haben zum Teil wirklich einen guten Kontakt mit den Sozialarbeitern.“ (ebd. S. 19, Z. 29-32)*

*„Ich kann sehr verstehen/ Sehr gut verstehen, dass sie manchmal frustriert sind. Das ist wirklich /äh/ verrückt/ Also das ist einfach/ Ärzte reden mit Ärzten.“ (ebd. S. 19, Z. 1ff.)*

Die gute Zusammenarbeit mit den Betreuungsstellen und Richtern wird auch von Interviewpartnerin IV und Interviewpartner III bestätigt.

*„Weil wir das schon relativ lange machen und relativ guten Kontakt auch haben mit Richtern und auch mit den Betreuungsstellen/ Also die/ Für die war das vor dem auch relativ neu, dieses auf die Straße kommen. Normalerweise gehen die in die Wohnungen.“ (Interview IV, S. 3, Z. 4ff.)*

*„Die Zusammenarbeit mit den gesetzlichen Betreuern finde ich richtig gut.“ (Interview III, S. 10, Z. 29)*

Bezüglich der Zusammenarbeit mit der stationären Psychiatrie trifft Interviewpartnerin IV folgende Aussage und erläutert, auf welche Weise der Statusunterschied Arzt – Sozialarbeiter die Arbeit beeinflusst.

*„Also es könnte besser laufen so. Auf jeden Fall. Es ist auch immer/ Mit der Psychiatrie hab ich immer ne bisschen den/ Also mein persönlicher Eindruck ist, dass das immer so ein bisschen ein geschlossener Kreis ist, die irgendwie wenig offen sind.“ (Interview IV, S. 8, Z. 14-17)*

*„Und das man halt auch gucken muss, dass die Sozialpädagogik ein bisschen mehr Anerkennung findet, weil ohne uns würden diese Leute immer noch auf der Straße sitzen. Wir haben ja den Kontakt letztendlich gemacht.“ (Interview IV, S. 16, Z. 36f.)*

Aus dem Kontext seines Arbeitsfeldes resümiert Interviewpartner III bezüglich der Vernetzung mit anderen Professionen:

*„Diese Vernetzung, die findet kaum statt. Weil sie alle meinen sie kennen von ihrem Bereich am meisten. Keiner ist so bereit zu sagen, wir wissen zwar viel, aber wir sind total angewiesen aufeinander. Das finde ich ist richtig wichtig.“ (Interview III, S. 16, Z. 19-22)*

Hinsichtlich der Kooperation mit der Suchtkrankenhilfe werden je nach Arbeitsfeld unterschiedliche Aussagen getroffen. Aus Sicht der Straßensozialarbeit bewertet Interviewpartnerin IV die Zusammenarbeit folgendermaßen:

*„Wir sind ja ganz gut vernetzt als Straßensozialarbeiter und wir arbeiten sehr eng mit dem (Einrichtung der Drogenhilfe), die machen ja speziell Alkoholgeschichten und die haben auch zwei Straßensozialarbeiter. Und wenn wir Leute haben, sie beispielsweise /ähm/ ne Endgiftung machen wollen, setzten wir uns immer mit denen in Verbindung und das klappt wunderbar. Also die können da innerhalb von zwei, drei Tagen ein Endgiftungsplatz besorgen.“ (Interview IV, S. 6, Z. 46-51)*

Im Gegensatz dazu beschreibt Interviewpartner III die Zusammenarbeit eher einseitig.

*„Ich finde die Zusammenarbeit mit der Suchthilfe, also mit der Regionalkonferenz oder wie auch immer man das bezeichnet wäre schon hilfreich, aber die gibt es meines Erachtens nicht.“ (Interview III, S. 10, Z. 50ff.)*

*„Ich finde wir kriegen Anfragen wenn Menschen untergebracht werden, das is dann auch in Ordnung. Wir kriegen die notwendigen Informationen. Das finde ich völlig ok. Aber wenn es denn schwierig wird ist es nicht zu leicht zurückzugeben oder so. Weil dann immer erst ein Antrag gestellt werden muss, dass dann auch die Kosten übernommen werden.“ (Interview III, S. 10, Z. 25-28)*

Die Zusammenarbeit innerhalb des Wohnungslosensystems scheint nach Aussage von Interviewpartnerin IV sehr gut zu funktionieren. Beispielhaft führt sie die Zusammenarbeit mit verschiedenen Wohnunterkünften an. (vgl. Interview IV, S. 18, Z. 23-28)

Unter die Kategorie *Probleme/ Defizite* fallen die Aussagen der Interviewpartner, die Probleme in der Versorgung des zu untersuchenden Klientels beschreiben und die sich nicht einer der vorhergegangenen Kategorien zuordnen lassen. Somit definiert diese sich unter anderem durch Fragen nach Gesetzgebung oder nach Lücken in der Versorgung des zu untersuchenden Klientels in Hamburg. Interviewpartnerin I trifft diesbezüglich vor allem Aussagen zur Ausstattung der Wohnunterkünfte.

*„Also weil ich ja denke, dass /ähm/ das Problem nicht nur das komplementäre Hilfesystem ist, sondern /äh/ dass die Ausstattung der Wohnunterkünfte (Pause) personell deutlich zu schlecht ist. Und das da schon irgendwie mehr psychiatrische Unterstützung möglich sein müsste. [...] Also um einfach die Leute auch /Äh/ einfach auch zu erkennen und denen rechtzeitig Hilfe anzubieten.“ (Interview I, S. 1, Z. 6-18.)*

*„Und sie müssen natürlich auch, wenn sie Leute haben in besonderen sozialen Schwierigkeiten, die da Leben in diesen Unterkünften, müssen sie auch die personell so ausstatten, dass man überhaupt gucken kann, was mit denen los ist und sich um die kümmern kann, ne? Und dazu brauchen sie einfach erst mal mehr Sozialarbeiter, dann sind es aber auch wieder Ausstattungsdinge.“ (Interview I, S. 26, Z. 19-27)*

Des Weiteren wird die Ausgrenzung schwer psychisch kranker Menschen aus dem Hilfesystem genannt. Dabei wird kritisiert, dass sich das Hilfesystem nicht nach den Betroffenen richtet, sondern von diesen eine Kooperationshaltung verlangt und sie somit ausgrenzt.

*„Zu der Ausgrenzung der schwerkranken Leute aus dem System [...]. Diese Vernachlässigung und die Ausgrenzung aus dem System, ist auch ne Gewalt. Und ich denk, dass ist ne/ Ein Aspekt den kann man also bei den Obdachlosen betonen.“ (Interview I, S. 24, Z. 48ff.)*

*„Einfach das die Psychiatrie und auch einfach unsere/ Unser Gesundheitssystem einsieht, dass ein großer Teil und auch die kränksten psychisch Kranken, gar nicht im psychiatrischen Versorgungssystem ist, sondern außerhalb und ausgeschlossen ist. Das ganz viele rausfallen.“ (Interview I, S. 20, Z. 15-18)*

Bestätigt wird diese Kritik von Interviewpartner II, der den Personenkreis der Betroffenen wie folgt beschreibt:

*„Das sind dann wirklich schwerkranke Menschen /äh/ die nun keine Krankheitseinsicht haben und /äh/ dadurch auch, vor allem auch durch viele Bereiche des Wohnungslosenhilfesystems oder des Suchthilfesystems oder auch das psychiatrische Hilfesystem, /äh/ verloren gehen und wo sich das dann chronifiziert.“ (Interview II, S. 9, Z. 23-26)*

In allen Interviews wird als ein grundlegendes Problem die schlechte Wohnsituation in Hamburg angeführt, aus der sich direkte Folgen für die Versorgung des zu untersuchenden Klientels ergeben.

*„Aber das ist natürlich dann auch natürlich wieder noch ne zweite Sache /äh/ Der Wohnungsmarkt ist schwierig.“ (Interview II, S. 11, Z. 16f.)*

*„Aber Sie haben in / bei uns in (Name einer Großstadt) wegen der schlechten Wohnsituation / wegen des Wohnungsmangels so wenig Fluktuation aus den Wohnunterkünften raus, ne? Und das ist alles verstopft und wir kriegen ja die Leute gar nicht in die Wohnunterkünfte.“ (Interview I, S. 16, Z. 16-19)*

*„Aber es gibt die Wohnungen ja nicht. Also die Leute werden nicht bedient. Und ich sag mal die ganzen guten Wohnunterkünfte oder Wohnformen, die es hier gibt /ähm/ Dann ist das schwierig, weil wenig an Fluss ist. Also es ziehen wenig Leute aus in Wohnungen, weil es hier die Wohnungen nicht gibt, von daher können wir wenig Leute / ähm/ können wenig Leute nach kommen.“ (Interview IV, S. 11, Z. 24-28)*

Interviewpartner III beschreibt des Weiteren gesellschaftliche bzw. politische Probleme, die sich in der Arbeit mit dem Klientel widerspiegeln.

*„Ich glaube das ist wirklich unser Problem, dass unser politisches System dazu beiträgt, dass Menschen ausgegliedert werden, dass sie nicht gebraucht werden.“ (Interview III, S. 6, Z. 43f.)*

*„Weil die sind ja aussortiert aus dem Arbeitsmarkt. Da glaub ich gibt es einen Zusammenhang mit der Erkrankung.“ (Interview III, S. 6, Z. 3f.)*

Ähnlich beschreibt Interviewpartnerin IV, wie sich die Arbeitslosigkeit auf das zu untersuchende Klientel auswirkt und damit auch die Arbeit mit dem Klientel beeinflusst.

*„Das es einfach auch an Arbeit fehlt und auch an so einer gewissen Sinnhaftigkeit. Also viele / Ich merk das ja, wenn wir die jetzt unterbringen oder wenn sie vielleicht ne Wohnung finden, die langweilen sich. Die haben echt nichts zu tun.“ (Interview IV, S. 14, Z. 33ff.)*

*„Ist schon alles schwierig. Also diese Jobgeschichten find ich auch noch mal ganz, ganz wichtig, dass es da einfach nichts gibt, nichts entsprechendes.“ (Interview IV, S. 15, Z. 35f.)*

Bezüglich der Defizite in der Gesetzgebung wird in Interview III folgende Aussage getroffen:

*„Also dieses Klischee / sind alle neben der Kappe is ja auch völlig verkehrt. Es ist schon eine sehr künstliche Grenze die da geschaffen worden ist, die für die Arbeit eigentlich schlecht ist, die für den Kostenträger gut ist weil so schön aussortieren, aber das ist nicht gut.“ (Interview III, S. 5, Z. 1-4)*

Diese Aussage zur Gesetzgebung zeigt weitere Zugangsbarrieren für das Klientel auf, die durch die Anspruchsvoraussetzungen zu den unterschiedlichen Hilfeformen geschaffen werden.

Die Kategorie *Verbesserungsvorschläge* wird vor allem durch Fragen nach möglichen Verbesserungsvorschlägen definiert. Maßgebend für diese Kategorie ist, welche Aspekte aus

Sicht der interviewten Experten die Versorgung des zu untersuchenden Klientels optimieren könnten. Da an diesen Aussagen ein besonderes Forschungsinteresse besteht, wird die vorliegende Kategorie von allen vorangegangenen Kategorien abgegrenzt, auch wenn sich die Inhalte teilweise thematisch an den bisher aufgeführten Kategorien anlehnen. Somit fallen alle Aussagen der Interviewpartner bezüglich Verbesserungsvorschlägen zur Arbeit mit dem Klientel, zu dem Zugang des Klientels zum Hilfesystem, zur Kooperation und zu den Gesetzen unter diese Kategorie. Teilweise ergeben sich direkt aus beschriebenen Defiziten Verbesserungsvorschläge.

In allen Interviews wird die Bedeutung aufsuchender Arbeit für die Versorgung des zu untersuchenden Klientels beschrieben und es werden viele Vorschläge gemacht, diese auszubauen.

*„Ich glaube, dass das ganz wichtig ist. Ich bin /äh, wenn / das is ja auch nicht so einfach. Also ich glaube das Beziehungsarbeit das A und O ist und wenn das irgendwie geregelt wird, wenn man das als Sozialarbeiter aushält. Das ist ja auch nicht einfach, dann nützt es was.“ (Interview III, S. 7, Z. 2-4)*

*„Ich denke, diese aufsuchende Arbeit halt ich für ganz wichtig und ich denke es sollte einfach mehr Straßensozialarbeit geben. Also auch noch mal in den einzelnen Bezirken. Ich glaube, das ist noch mal ein wichtiger Punkt/ Also auch die Leute / Und sei es, dass man sie auf der Straße noch mal informiert: Hey, dass und das gibts aber auch. Und solche Geschichten, dass man sie, dass man die Leute, sie sonst nicht vom Hilfesystem erreicht werden, dass man die über aufsuchende Arbeit erreicht.“ (Interview IV, S. 21, Z. 12-16)*

Dabei wird die Notwendigkeit psychiatrischer Unterstützung beschrieben, die einerseits für die aufsuchende Arbeit, aber auch für andere Bereiche der Wohnungslosenhilfe besteht.

*„Also ich denke aufsuchende Arbeit und was ich wichtig finde ist, dass die Sozialarbeiter mit diesen vielen psychisch kranken Leuten nicht so allein gelassen werden wie jetzt. (Pause) Aber dass die Regie bei der Sozialarbeit bleibt.“ (Interview I, S. 21, Z. 26-32)*

*„Also das die Leute ihre Probleme haben, die da langzeitobdachlos sind, ist klar, aber wenn da wirklich noch mehr ist, man das Gefühl hat da muss man genauer gucken und die kommen überhaupt nicht weiter, dann denk ich sind psychiatrische Hilfen schon angesagt oder halt erstmal ne vernünftige Diagnostik, ne?“ (Interview I, S. 5, Z. 34-38)*

So bezieht Interviewpartnerin I die Notwendigkeit psychiatrischer Unterstützung ebenso auf Wohnunterkünfte der Wohnungslosenhilfe.

*„Ich denke, dass zum Beispiel jeder dieser Wohnunterkünfte [...]. Die müssten n Psychiater haben, den sie anrufen können. und der dann innerhalb von zwei Tagen kommt. (Pause) Und das kann man machen auch. Das müsste meiner Meinung nach gegeben sein.“ (Interview I, S. 21, Z. 27ff.)*

Interviewpartner II beschreibt aus dem Kontext seiner Nebentätigkeit als Psychiater in einer Wohnungsloseneinrichtung, dass es nötig wäre psychiatrische Angebote in der niedrig-

schwelligen Wohnungslosenhilfe zu intensivieren, was auch durch Interviewpartner III bestätigt wird (vgl. Interview III, S. 16, Z.4).

*„Das würd ich mir eigentlich auch wünschen, wenn man das intensivieren könnte, dass man da mehr Kontinuität erreichen könnte und dann/ so auch mehr Menschen noch erreichen könnte und begleiten könnte.“ (Interview II, S. 5, Z. 21ff.)*

Zusätzlich bezieht Interviewpartner II diesen Verbesserungsvorschlag beispielhaft auf eine niedrigschwellige Einrichtung für Wohnungslose.

*„Oder dann auch in /äh/ im ehemaligen (Name eines Krankenhauses), die Krankenstube, das ist das eher für körperlich Kranke und da dann mal jemanden rein zu bekommen. Also ich denke auch, da ist halt Bedarf da und auch /auch vor allem ne Niedrigschwelligkeit erforderlich. Aus verschiedener Hinsicht: Einerseits um vielleicht den Klienten das zu ermöglichen da mal anzudocken, weil Krankenhaus ist schon wieder eine Hürde viel zu weit oder macht Angst. Aber auch /äh/ wenn jemand nicht krankenversichert ist oder überhaupt keine Leistungen, Sozialleistungen bekommt. [...] Dass man das noch weiter ausbaut.“ (Interview II, S. 10, Z. 36-45)*

Bezüglich der Betroffenen, die aus dem Leistungsbezug herausgefallen sind und somit keine Krankenversicherung haben, sieht, neben Interviewpartner II vor allem Interviewpartnerin I, einen dringenden Handlungsbedarf und schlägt vor, dass in solchen Fällen bei Bedarf eine Behandlung in einer Klinik auch ohne Versicherungsschutz möglich sein sollte.

*„Also auch Leute, die dann nicht versichert sind und sonst wie, wenn es sein muss, dann kommen die in die Klinik, ne? Und wir haben ja von den Leuten auf der Straße, die offensichtlich psychisch schwer krank sind, die sind zum überwiegenden Teil ja nicht versichert,“ (Interview I, S. 21, Z. 32-35)*

Bezüglich der Kooperation von Wohnungslosenhilfe und Psychiatrie werden Verbesserungsvorschläge gemacht, die sich direkt auf genannte Defizite beziehen. So schlägt Interviewpartnerin IV aus dem Kontext ihrer Tätigkeit als Straßensozialarbeiterin vor, bezüglich der Entlassung von Patienten ohne festen Wohnsitz aus der Klinik eine enge Zusammenarbeit anzustreben.

*„Wir können überall hin, wir können unsere Leute überall hin begleiten. Wir würden auch, wenn da ne gute Zusammenarbeit wär /ähm/ Dann müssten sie die Leute nicht auf die Straße entlassen, dann können die uns auch anrufen, Bescheid sagen /äh/ ne/ Der wird in zwei/drei Tagen entlassen, könnt ihr mal gucken.“ (Interview IV, S.8, Z. 17 -20)*

*„Man hätte ja so was finden können wie, man macht nen kleinen Runden Tisch und setzt sich regelmäßig zusammen zum Beispiel und bespricht so ein paar Klienten und so ein paar Vorgehensarten mit denen.“ (Interview IV, S. 17, Z. 19ff.)*

In diesem Zusammenhang wird die Methode des Case Managements thematisiert, die eine vermittelnde Funktion einnimmt und bestehende Hilfsangebote auf den Bedarf des Betroffenen zuschneidet.

*„Die Idee, dass die Leute an einem Tisch sitzen, die find ich gut.“ (Interview III, S. 14, Z. 21)*

*„Ich find es grundsätzlich nicht schlecht, wenn das so ne/ so ne Stelle gibt. Also wir versuchen ja auch denjenigen dann da irgendwie anzubinden, zu gucken einfach, was ist in dem Moment gut und uns dann aber auch wieder zurückzuziehen.“ (Interview IV, S. 19, Z. 48-50)*

*„Also von daher find ich diese Vermittlungsfunktion, die find ich eigentlich schon ganz gut, aber immer auch mit dem Auge /ähm/ haut das auch hin. Und es geht uns auch nicht so sehr drum möglichst viele Striche irgendwo zu machen, jetzt haben wir wieder jemanden vermittelt, sondern auch zu gucken, ist das auch das richtige für ihn.“ (Interview IV, S. 20, Z. 9-12)*

Des Weiteren lassen sich Vorschläge finden, die Hilfen der Eingliederungshilfe mehr in die Versorgung des betroffenen Klientels zu integrieren. So sieht Interviewpartner II darin eine geeignete Methode das betroffene Klientel beispielsweise bei der Suche nach einer geeigneten Wohnung zu unterstützen.

*„Und ich denke man könnte auch noch mehr Klienten erreichen /äh/ indem man motiviert oder auch/ auch /äh/ ne Eingliederungs/ ne ambulante Eingliederungsmaßnahme, die unterstützen dann, die unterstützen wieder eine Wohnung zu finden. Dass man das einsetzt, auch das gehört ja dazu, Beziehungsarbeit leisten, Motivation aufbauen, Vertrauen auch aufbauen.“ (Interview II, S. 11, Z. 2-6)*

Interviewpartnerin IV hält es für hilfreich, eine ambulante Eingliederungshilfe in die Wohnunterkünfte zu integrieren und somit bei Bedarf Langzeitwohnungslose durch alltagspraktische Dinge auf das selbstständige Wohnen vorzubereiten.

*„Als Vorbereitung für die eigene Wohnung würd ich das großartig finden. Auch um ein bisschen, was weiß ich, keine Ahnung, Haushaltspläne, was die alles machen. Das wär schon besser, also das würd ich total gut finden. [...] Auch mal vielleicht, keine Ahnung, Bettbeziehen oder so was. Einkaufen gehen / Ja, das würd ich schon gut finden. Aber auch so was wie /ähm/ Ja, Briefkasten aufmachen, Post vielleicht mal sortieren, nicht immer alles in eine Tüte stopfen und so, ne?“ (Interview IV, S. 22, Z. 7-16)*

Interviewpartnerin I und Interviewpartner III kritisieren das Gesundheitssystem dahingehend, als dass die kränksten Menschen aus dem System herausfallen. Diesbezüglich führen sie die Aussagen von Dörner an, der davon ausgeht, dass man bei der Versorgung mit dem am schwersten Erkrankten anfangen muss.

*„Man muss immer mit den Kränksten anfangen, wenn man sich ein System anguckt. (Interview I, S. 20, Z. 26f.)*

*Aber für den Menschen der von Allem nicht mehr erreicht wird, da geben wir am wenigsten aus. Da gibt es nur irgendwelche Kollekten und was weiß ich. Das ist ganz wenig. Und es müsste umgekehrt sein. Wenn man vom Schwersten her denkt.“ (Interview III, S. 9, Z. 3ff.)*

*„Und [Dörner] versteh ich schon, dass man von dem Schwersterkrankten her die Sache angehen muss in der Sozialpsychiatrie. Und das politisch umzusetzen ist eben ganz schwer.[...] Weil man muss Kontinuität haben. Ich muss als Sozialarbeiter die Zeit haben mich um diesen Einen zu kümmern. Und das tage- wochen,- monatelang um so ein Stück Vertrauen aufzubauen. Nur das wird teuer.“ (Interview III, S. 9, Z. 12-20)*



Die Auswertung des Datenmaterials nach der strukturierenden Inhaltsanalyse hat gezeigt, dass die Interviewpartner umfangreich auf die Fragen des Leitfadens antworten konnten. Durch die umfassenden Aussagen derselben konnten viele Aspekte, die das Forschungsvorhaben betreffen, aus den Interviews gewonnen werden.

### 19.3 Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse der beiden Auswertungsmethoden zusammengefasst, erläutert und in einen gemeinsamen Kontext gebracht. Ziel der Untersuchung ist es, den Zugang wohnungsloser Menschen zum psychiatrischen Versorgungssystem zu beschreiben. Ein besonderer Fokus liegt dabei auf dem Zugang zu komplementären psychiatrischen Angeboten.

Die Kategorien, die zum einen aus dem Material gewonnen wurden und zum anderen zur Strukturierung des Materials genutzt wurden, überschneiden sich inhaltlich in weiten Teilen. Anzumerken ist, dass bei der zusammenfassenden Inhaltsanalyse deutlich mehr Kategorien entstanden sind, die über die Kategorien der strukturierenden Inhaltsanalyse hinausgehen. Dies macht deutlich, in welcher differenzierten Weise auf die Fragen des Interviewleitfadens geantwortet wurde. Es ist anzumerken, dass die Ergebnisse auf den Äußerungen der Interviewpartner beruhen und somit nicht losgelöst von ihrem Kontext zu sehen sind. Dadurch sind diese Aussagen nicht zu verallgemeinern und stellen nur einen Einblick in die gegenwärtige Situation dar.

Die im Theorieteil der vorliegenden Arbeit beschriebenen Aspekte wurden von den interviewten Experten durchweg bestätigt. So wird durch die Aussagen deutlich, in welcher mehrfach belastenden Lebenssituation sich die Betroffenen befinden. Die hohe Prävalenz an psychischen Erkrankungen, besonders das Vorkommen von Komorbidität bezüglich einer psychischen Erkrankung in Verbindung mit einer Suchterkrankung und die geschlechtsspezifischen Unterschiede wurden von allen befragten Experten bestätigt.

Die Aussagen der Interviewpartner zeichnen ein Bild von einem Klientel, welches teilweise aus allen Hilfesystemen herausgefallen ist, keine Krankenversicherung hat und vollkommen unterversorgt auf der Straße lebt. In diesem Kontext wird der Zusammenhang zwischen dem Leben in der Wohnungslosigkeit und der Entwicklung einer psychischen Erkrankung beschrieben. Alle Interviewpartner bestätigen, dass die extremen Lebensbedingungen in der Wohnungslosigkeit das Risiko erhöhen, eine psychische Erkrankung zu entwickeln bzw. den Verlauf dieser negativ beeinflussen. Auch wird deutlich, dass eine schwere psychische Er-

krankung dazu beitragen kann, dass die betroffene Person ihre Wohnung verliert. Alle Experten sind sich darüber einig, dass die Dauer des Lebens in der Wohnungslosigkeit dazu beitragen kann, dass sich psychische Krankheiten chronifizieren und dass eine Stabilisierung der psychischen Gesundheit erst durch die Beschaffung eines geeigneten Wohnraums möglich wird. Die Auswertung der Interviews zeigt, welche Inhomogenität und welche Vielfalt sich hinter der Bezeichnung „Wohnungslos und psychisch krank“ verbirgt. Die Befragten berichten aus dem Kontext ihres jeweiligen Arbeitsfeldes, wodurch deutlich wird, dass je nach Dauer der Wohnungslosigkeit und nach Schweregrad der psychischen Erkrankung ein individueller Bedarf besteht. So reicht das zu untersuchende Klientel von schwer chronisch psychisch kranken Menschen, die seit Jahrzehnten auf der Straße leben und stark verwahrlost sind über wohnungslose Menschen, die mehr oder weniger regelmäßig das Angebot von Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe annehmen und Leistungen der Krankenversicherung sowie Transferleistungen beziehen, bis zu psychisch kranken Menschen, die aufgrund mehrfacher, längerer Klinikaufenthalte kurzzeitig über keinen eigenen Wohnraum verfügen.

Aus den Beschreibungen der Arbeit mit dem betroffenen Klientel wird außerdem deutlich, wie wichtig eine gelingende Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen, Einrichtungen und Hilfesystemen ist. Durch die vielfältigen Problemlagen des Klientels und dem daraus resultierendem Bedarf kommen die Betroffenen mit unterschiedlichen Hilfeformen und Hilfesystemen in Berührung. Um eine flächendeckende Versorgung zu gewährleisten, ist eine enge Kooperation notwendig, die aber in vielen Fällen gar nicht oder nur ansatzweise funktioniert. Die fehlende Kooperation wird von den Interviewpartnern als Problem gesehen und sollte ihrer Meinung nach verbessert werden. Die Aussagen der Interviewpartner machen deutlich, wie Statusunterschiede, besonders bezüglich der Disziplinen Arzt – Soziale Arbeit, bei der Zusammenarbeit eine Rolle spielen. Es wird berichtet, wie sich die Zusammenarbeit von Wohnungslosenhilfe und Psychiatrie in den letzten Jahren gebessert hat, aber immer noch von immensen Defiziten ausgegangen werden muss. Es wird deutlich, inwiefern die Zusammenarbeit von Frustration geprägt ist, sich besonders die Psychiatrie als geschlossener Kreis darstellt und somit einer gelingenden Kooperation entgegensteht.

Es zeigt sich des Weiteren, dass die Wohnungslosenhilfe teilweise mit dem schwer psychisch kranken Klientel überfordert ist und versucht hat, sich psychiatrische Unterstützung zu organisieren. Diesbezüglich gibt es in Hamburg vereinzelte Projekte, die auf den Bedarf des mehrfach belasteten Klientels eingestellt sind (siehe Kapitel 6). Diese Projekte sind teilweise spendenfinanziert und nur befristet geplant. Somit müssen die bestehenden Projekte teilweise als Sonderpositionen bzw. Zwischenlösungen gesehen werden. Hinsichtlich der psychiatrischen Arbeit in den Projekten, wie beispielsweise der „Straßenvsiste“ oder der psychiatrischen Sprechstunde in einer Wohnungsloseneinrichtung, wird deutlich, dass die psychiatri-

sche Arbeit in einen solch niedrigschwelligen Rahmen den Schwerpunkt der Koordination und Weitervermittlung sowie des Erstellens einer Verdachtsdiagnose beinhaltet. Diese Projekte stellen somit den Zugang zu fachpsychiatrischen Angeboten dar und übernehmen damit eine wichtige Aufgabe, die nach Ansicht der Experten jedoch weiter ausgebaut werden sollte. In Bezug auf die Behandlung und der ausgiebigen Diagnostik können sie fachpsychiatrischen Angebote nicht ersetzen.

Eng mit der Kooperation der Hilfesysteme hängen die Zugangsvoraussetzungen zu den verschiedenen Angeboten zusammen. Es stellen sich vielfältigen Zugangsbarrieren für die Betroffenen heraus und es zeigt sich, dass diese trotz eines ausdifferenzierten Hilfsangebots häufig nicht erreicht werden. Die Antworten der Interviewpartner verdeutlichen, auf welchem Weg dem betroffenen Klientel der Zugang zu den Einrichtungen der Psychiatrie, der Wohnungslosenhilfe und der Suchtkrankenhilfe ermöglicht wird.

Im Rahmen der aufsuchenden Arbeit und der niedrigschwelligen Wohnungslosenhilfe ist es oft notwendig, eine rechtliche Betreuung einzurichten. Diese dient als „Türöffner“ für andere Hilfeformen. Durch das Zustandekommen einer rechtlichen Betreuung kommen die Betroffenen wieder in den Leistungsbezug, sind krankenversichert und können bei akuten Krisen zwangsweise eingewiesen werden. Der Weg für psychisch schwer kranke Wohnungslose in das Hilfesystem stellt sich typischerweise folgendermaßen dar: Im Rahmen der aufsuchenden Arbeit wird eine Betreuung angeregt. Durch den Leistungsbezug, gleichbedeutend mit einer Krankenversicherung ist es möglich, dass die betroffene Person in einer psychiatrischen Klinik behandelt wird. Ist eine zwangsweise Unterbringung nicht oder nicht mehr angezeigt, geraten die Betroffenen wieder auf der Straße oder häufig in Unterkünften der Wohnungslosenhilfe.

Der Zugang in das psychiatrische Hilfesystem gelingt für die Betroffenen fast ausschließlich über Zwangsmaßnahmen des Betreuungsrechts oder des PsychKgs und über den Einstieg in die Wohnungslosenhilfe. Der Weg in die Suchtkrankenhilfe scheint ebenso hochschwierig, funktioniert aber durch die gute Kooperation von Straßensozialarbeit und Suchthilfe recht gut.

Durch die Beschreibung der Arbeit mit dem Klientel, vor allem im Kontext der Arbeit in der niedrigschwelligen Wohnungslosenhilfe, wird deutlich, dass häufig soziale Probleme im Vordergrund stehen und somit ein Zugang über sozialpädagogische Maßnahmen angezeigt ist. Die Soziale Arbeit im Gewand der Wohnungslosenhilfe stellt sich also als Kontaktpunkt dar, der einen Zugang zu dem betroffenen Klientel finden kann. Diese Zugangs- und auch Vermittlungsfunktion ist im niedrigschwelligen System der Wohnungslosenhilfe wie auch in der aufsuchenden Straßensozialarbeit Teil des Arbeitsfeldes.

Alle Interviewpartner machen deutlich, dass komplementäre Einrichtungen durch das beschriebene Klientel auf der Straße oder im Bereich der niedrigschwelligen Wohnungslosenhilfe kaum genutzt werden. Die Gründe dafür liegen auch in diesem Fall, vor allem in den Zugangsvoraussetzungen. Komplementäre Einrichtungen, stationär oder ambulant, setzen unter anderem eine bestehende Krankheitseinsicht voraus, die bei dem betroffenen Klientel fast nie gegeben ist. Die ambulanten Eingliederungshilfen setzen zudem eine eigene Häuslichkeit voraus, was bei den Betroffenen in keinster Weise vorhanden ist.

Der Weg von der Straße direkt in eine komplementäre psychiatrische Einrichtung kann somit fast ausgeschlossen werden und ist laut den Interviewpartnern nur in Einzelfällen möglich. Wenn das Klientel an eine komplementäre Einrichtung angebunden werden kann, dann geht dem in fast allen Fällen eine stationäre Unterbringung in der Psychiatrie voraus. Die Sozialpsychiatrischen Dienste, als eine Art Schaltstelle zwischen Sozialer Arbeit und Psychiatrie nehmen bei der Versorgung des betroffenen Klientels allerdings kaum eine Rolle ein und werden eher im Vorfeld, also präventiv, tätig. Dieser Aspekt, der von den Experten teilweise kritisch betrachtet wird, macht deutlich, wie das mehrfach belastete Klientel durch alle Netze des Hilfesystems fällt und sich keiner wirklich zuständig fühlt.

Die Untersuchung zeigt deutlich, dass die Experten Defizite in der Versorgung des Klientels sehen. Diese werden unter anderem auf Probleme der Zusammenarbeit zwischen den Hilfesystemen zurückgeführt. Des Weiteren wird die schlechte Ausstattung der Wohnunterkünfte und sonstiger Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe genannt. Außerdem treffen alle Interviewpartner Aussagen bezüglich gesellschaftlicher Probleme, die direkte Auswirkungen auf das betroffene Klientel haben. Der Mangel an Wohnraum ist einerseits eine Ursache, die überhaupt erst die Entstehung von Wohnungslosigkeit bedingt und andererseits dazu führt, dass die Wohnunterkünfte der Wohnungslosenhilfe überlastet sind, da kein geeigneter Wohnraum vorhanden ist, und eine Vermittlung der Wohnungslosen sehr schwer ist. Bezüglich der hohen Zugangsvoraussetzungen zu den Hilfesystemen, speziell der Psychiatrie, wird in den Interviews von struktureller Gewalt gesprochen. Demnach werden diejenigen, die von den Hilfesystemen nicht erreicht werden, sprich den Zugangsvoraussetzungen nicht gerecht werden, ausgegrenzt. Weitere Kritikpunkte betreffen die starre Versäulung des Hilfesystems, welche durch die Gesetzgebung bedingt ist. Die Spezialisierung der Hilfen nach §§ 67ff. SGB XII zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten und §§ 53ff. SGB XII der Eingliederungshilfe führt zum Ausschluss der Betroffenen aus dem komplementären psychiatrischen System und trägt somit dazu bei, dass die Betroffenen unterversorgt bleiben. Aus der Analyse der Interviews hat sich ergeben, dass diese Spezialisierung dem mehrfach belasteten Klientel nicht gerecht wird.

Durch die Aussagen der Interviewpartner wird weiter deutlich, in welchem Ausmaß das betroffene Klientel aus Teilsystemen der Gesellschaft exkludiert ist. Die Exklusion betrifft nicht nur die im Theorieteil beschriebenen Bereiche wie den Arbeitsmarkt oder den Wohnungsmarkt, sondern bezieht sich auch auf weite Teile des Hilfesystems und des Gesundheitssystems.

Die Analyse der vier Interviews hat ergeben, dass bei der Versorgung des betroffenen Klientels Veränderungsbedarf besteht. Dieser bezieht sich einerseits auf die Ausstattung der niedrigschwelligen Wohnungslosenhilfe und andererseits auf den Zugang zum psychiatrischen Hilfesystem und im Besonderen auf komplementäre Einrichtungen. Es hat sich gezeigt, dass das Klientel nur über die Wohnungslosenhilfe und aufsuchende Arbeit sowie in bestimmten Fällen über das Betreuungsrecht erreicht wird. Dabei wird von allen Interviewpartnern auf die Notwendigkeit und die Bedeutung von kontinuierlicher Beziehungsarbeit hingewiesen. Die Soziale Arbeit als Kontaktstelle ist teilweise mit den schwer psychisch kranken Betroffenen überfordert und der Weg von der Wohnungslosenhilfe in das psychiatrische Hilfesystem ist weit und hochschwellig. Daher ist es nach Meinung der Experten notwendig, dass die Psychiatrie mit der Wohnungslosenhilfe zusammenarbeitet und somit einerseits an der Basis psychiatrische Unterstützung ermöglicht wird und andererseits der Weg in das psychiatrische Hilfesystem kürzer wird.

Die Interviewpartner thematisieren vielfältige Verbesserungsvorschläge und beschreiben gelingende Ansätze der Arbeit mit dem Klientel. Dies zeigt, dass Veränderung in der Versorgung des Klientels gewünscht und notwendig ist, bzw., dass bestehende Ansätze einem Ausbau und einer Weiterentwicklung bedürfen. Diese Aspekte werden im nächsten Kapitel in Verbindung mit Ansätzen und Vorschlägen aus der Fachliteratur ausgeführt und erläutert.

## 9. Verbesserungsvorschläge

Die folgenden Verbesserungsvorschläge bezüglich der Versorgung des betroffenen Klientels und dessen Zugang zu psychiatrischen Hilfen ergeben sich aus dem Datenmaterial der Experteninterviews und der ausgiebigen Recherche zu der beschriebenen Thematik. Im Zuge der Erarbeitung der Vorschläge ergaben sich Schwerpunkte die sich mit den Stichworten *Kooperation*, *Case Management* und *Struktur/ Setting* beschreiben lassen. Gegen Ende des Kapitels erfolgt eine Zusammenfassung der erarbeiteten Vorschläge.

### Kooperation

Durch die Erläuterungen im theoretischen Teil der vorliegenden Arbeit wurde deutlich, in welchen vielfältigen Problemlagen sich das Klientel der psychisch kranken Wohnungslosen befindet. Wie auch die Interviewpartner betont haben, kommt das betroffene Klientel dadurch mit verschiedenen Hilfesystemen in Berührung. Diese unterscheiden sich maßgeblich in Aufbau, Struktur und Zugangsmöglichkeiten. Durch die vielfältigen Bedarfe und Ansprüche an verschiedene Hilfesysteme ist eine gelingende Kooperation notwendig, um eine Versorgung zu ermöglichen. Einerseits um zu gewährleisten, dass Betroffene nicht aufgrund von Zuständigkeitsschwierigkeiten durch das Netz der Hilfesysteme herausfallen und andererseits, um den Zugang zu den verschiedenen Hilfsangeboten erst möglich zu machen. Die Untersuchung hat gezeigt, dass der Zugang zu psychiatrischen Hilfen in Hamburg fast ausschließlich über die Wohnungslosenhilfe möglich ist. Diese Tatsache verdeutlicht die Notwendigkeit einer gelingenden Kooperation zwischen der Wohnungslosenhilfe und dem psychiatrischen Hilfesystem. Dieser Aspekt betrifft den stationären Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik, aber auch im Speziellen komplementäre Angebote, die unter anderem für die Nachsorge nach einem stationären Aufenthalt und auch bei der Vermeidung von stationären Klinikaufhalten eine wichtige Rolle spielen. Diesbezüglich fordert die BAG W die Definition eines gemeinsamen Versorgungsauftrags der Wohnungslosenhilfe, Suchtkrankenhilfe und sozialpsychiatrischen Dienste, der auf den Bedarf des betroffenen Klientels abgestimmt ist. Ebenso wird gefordert, dass in dem psychiatrischen Versorgungssystem mehr auf die dringlichen sozialen Belange des Klientels eingegangen werden muss. So muss verhindert werden, dass die Betroffenen nach dem Klinikaufenthalt direkt wieder auf die Straße entlassen werden (vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. 2008a, S. 10). Dieser Aspekt wird ebenfalls in den Interviews deutlich, wobei von Interviewpartnerin I der Situation diesbezüglich in Hamburg eine Verbesserung bescheinigt wird. Interviewpartnerin IV fordert eine enge Zusammenarbeit speziell von stationärer Psychiatrie und Straßensozialarbeit, um wenn möglich eine Unterbringung in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe nach einem stationären Aufenthalt zu organisieren. Bezüglich der Form der Kooperation gehen die

Vorschläge der Experten in die Richtung eines „Rundes Tisches“. Durch das regelmäßige Zusammenkommen von Vertretern der Wohnungslosenhilfe und der Psychiatrie können einzelne Fälle des betroffenen Klientels, die aufgrund ihrer Problemlagen als sogenannte „hoffnungslose Fälle“ zwischen den Hilfesystemen hin und her wechseln, besprochen und nach Lösungsansätzen gesucht werden. Schild konstatiert, dass keines der beiden Hilfesysteme alleine in der Lage ist den Bedarf der Betroffenen befriedigend zu decken und es somit notwendig ist, die Stärken der beiden Systeme miteinander zu koppeln. Auf der einen Seite die Lebensweltnähe und ganzheitliche Problemsicht der Wohnungslosenhilfe und auf der anderen Seite das spezielle fachpsychiatrische Behandlungsrepertoire (vgl. Schild 1999 , S. 60f.). Rosenke beschreibt Aspekte eines funktionierenden Netzwerkes zwischen Wohnungslosenhilfe und Psychiatrie (Rosenke 2007, S. 7):

- „klar geregelte Übernahme von Verantwortlichkeit [...] 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.“

Die Schnittstellen der Wohnungslosenhilfe, der Psychiatrie und aufgrund der hohen Prävalenz an Suchterkrankungen bei der Klientengruppe sicherlich auch die der Suchtkrankenhilfe, müssen auf administrativer Ebene sowie auf versorgungspraktischer Ebene durchlässiger werden, wobei objektive, das Versorgungssystem betreffende, sowie subjektive, die Klienten betreffende, Aspekte bei der Planung und Arbeit beachtet werden müssen (vgl. Salize 2005, S. 130; Salize, et al. 2002a, 39f.).

### Case Management

Im Zusammenhang mit den Problemen, die mit dem Nebeneinander der verschiedenen Hilfesysteme einhergehen, sprich der teilweise nicht geklärten Fallverantwortung, wird ebenso wie in einschlägiger Fachliteratur in den Interviews die Methode des Case Managements thematisiert (vgl. Kellinghaus 2000, S. 97; Trabert 2002, S. 89ff.).

Die Methode des Case Managements ist allen Interviewpartner bekannt. Diese haben jedoch bezüglich der verschiedenen Phasen des Case Managements (s. weiterer Verlauf) kein Detailwissen. So wurde die Methode in den Interviews hauptsächlich bezüglich der Aspekte Kooperation und Koordinierung thematisiert und in diesem Zusammenhang als geeignet für

das beschriebene Klientel eingeschätzt. Besonders in Interview IV wurden Parallelen zwischen der Arbeit mit dem Klientel in aufsuchender Form in Zusammenarbeit mit einer Psychiaterin und der Methode des Case Managements deutlich. So stellen die Straßensozialarbeiter den Kontakt zu den Betroffenen her, übernehmen über einen längeren Zeitraum die Koordination der möglichen Hilfen und versuchen den Bedarf bestmöglich zu decken.

Die Methode des Case Managements eignet sich für das untersuchte Klientel, da diese entwickelt wurde, um multikomplexe Fallsituationen zu bearbeiten. Die Betroffenen verfügen in ihrer mehrfach belasteten Situation häufig nicht mehr über die Ressourcen, ihre Lebenssituation alleine zu bewältigen und sich in dem teilweise undurchsichtigen Hilfesystem zu orientieren. So sind ihnen die verstreuten Ressourcen möglicher Unterstützung häufig nicht bekannt und zugänglich (vgl. Galuske 2007, S. 196; Neuffer 2009, S. 10). Bezüglich der Probleme der Vernetzung und Zusammenarbeit innerhalb der jeweiligen Hilfesysteme und zwischen den Hilfesystemen können durch Case Management Akzente in der Kommunikation, der Koordination und der Vernetzung gesetzt werden, die sich sowohl auf die Ebene der Organisation bzw. Systemebene als auch auf die Individualebene beziehen (vgl. Wendt 2010, S. 104f.). Hinsichtlich der komplexen Problemlage der Betroffenen arbeitet Case Management interdisziplinär, koordiniert die Hilfsangebote verschiedener Einrichtungen und ist somit für die bedarfsgerechte Versorgung des mehrfachbelasteten Klientels geeignet. Der Ablauf stellt sich auf der Subjektebene dabei folgendermaßen dar (vgl. Kleve 2006, S. 49):

1. Falleinschätzung (Assessment)
2. Hilfeplanung (Service Planung)
3. Durchführung der Hilfe (Intervention)
4. Begleitung und Überprüfung der Hilfen (Monitoring)
5. Klientenfürsprache – Anwaltschaftliche Vertretung (Advocacy)
6. Beendigung und Evaluation der Ergebnisse/Dokumentation (Evaluation)

Durch die Einführung dieser Methode wäre die erwähnte Fallverantwortung in einer Hand und somit klar geregelt. So schlägt Trabert schon 1998 vor, die niedrigschwellige Allgemeinmedizin als Case Management einzusetzen. Dies würde sich anbieten, da Wohnungslose allgemeine medizinische Angebote weitaus öfter nutzen als spezialisierte Fachärzte (vgl. Trabert 1998, S. 114). Diese würden eine Koordinationsfunktion und die Fallverantwortung übernehmen und in engem Kontakt zu Fachärzten, ambulanten und stationären Einrichtungen, Selbsthilfegruppen sowie Sozialpsychiatrischen Diensten stehen. Michael Monzer bescheinigt der Wohnungslosenhilfe bereits vielfältige Parallelen zur Unterstützungsarbeit im Case Management und hält es für sinnvoll, die systemsteuernden Implikationen der Methode auf deren Nützlichkeit zu prüfen (vgl. Monzer 2008, S. 50). Da sich die Methode des Case



Managements aber nicht für akute Fälle eignet, wie sie sich häufig in der Arbeit der Wohnungslosenhilfe ergeben, sondern eher für Problemlagen, die einen längeren Prozess erfordern, ist es nötig, erst die akuten Probleme zu beheben, bevor es zu einer systematischen Vorgehensweise kommen kann. Dann kann die Methode auch für eine Optimierung der Angebotsstruktur genutzt werden (vgl. Monzer 2008, S. 46).

Im angloamerikanischen Raum gibt es einige ältere Untersuchungen, die der Methode des Case Managements gute Resultate in der Arbeit mit chronisch psychisch kranken Wohnungslosen hinsichtlich der Kontaktaufnahme, der Betroffenenzufriedenheit und der Hospitalisierungsrate bescheinigen (vgl. Klinkenberg, et al. 1998, S. 575f.; Wolff, et al. 1997, S. 346ff.). Besondere Erfolge wurden durch kleine gemeindepsychiatrischen Teams erreicht, die für eine relativ kleine Gruppe von ca. 15 Klienten zuständig sind (vgl. Wolff, et al. 1997, S. 341). Die Zusammensetzung der Teams, bestehend aus einem Psychiater, einem Sozialarbeiter und einem Koordinator, erinnert an das Team des Projektes der Straßenvsiste in Hamburg.

Die Kernaufgabe der Methode des Case Managements liegt in der Ermittlung, der Konstruktion und Überwachung eines Unterstützungsnetzwerkes, welches eine Schlüsselposition zwischen dem Betroffenen und den potentiellen Hilfsquellen einnimmt (vgl. Galuske 2007, S. 199). Im Zuge dieser Aufgaben ist eine Beziehungskontinuität vonnöten, deren wichtige Rolle in der Arbeit mit dem Klientel durch alle Interviewpartner bestätigt wird.

Drgala hält die Methode des Case Managements als nicht geeignet für die Arbeit mit dem betroffenen Personenkreis in der Wohnungslosenhilfe, da die Sozialarbeiter in den Einrichtungen nach §§ 67ff. SGBXII nicht ausreichend qualifiziert sind, die individuelle Lebenssituation des Klientels und damit den psychiatrischen Hilfebedarf einzuschätzen (vgl. Drgala 2008, S. 145). Bezüglich dieses Aspektes wäre zusätzlich eine multidisziplinäre Arbeit mit dem Klientel in der Wohnungslosenhilfe angezeigt.

### Struktur und Setting

Hinsichtlich der Arbeitsformen und der Struktur wird von allen Interviewpartnern die Notwendigkeit von aufsuchender Arbeit beschrieben. Diese sei notwendig, um auch jene Klienten zu erreichen, die losgelöst von allen Versorgungsstrukturen auf der Straße leben. Die BAG W hat ein Stufenmodell entwickelt, welches sich bezüglich der einzelnen Stufen hinsichtlich der Intensität, der Behandlungssituation und der Zugangsbarrieren unterscheidet (Rosenke 2007, S. 6):

1. „Straßenbesuche
2. Einsätze einer fahrbaren Ambulanz

3. Sprechstunden in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe
4. Behandlung in Krankenwohnungen
5. Kooperationen mit Partnern im Regelversorgungssystem.“

Dieses Stufenmodell lässt sich sowohl auf die medizinische Behandlung von somatischen Erkrankungen als auch auf die Behandlung von psychischen Erkrankungen anwenden. Zu beachten ist dabei, dass auf den ersten, sehr niedrighschwelligigen Stufen aufgrund des Settings kaum eine psychiatrische Behandlung möglich ist. Vielmehr geht es bei psychiatrischer aufsuchender Arbeit um den Kontakt- und Vertrauensaufbau und um die Vermittlung von Hilfen. So kann beispielsweise im Rahmen des Projektes der Straßenvsitate aufgrund des Settings und der extremen Lebensbedingungen der Betroffenen oft keine gesicherte Diagnose gestellt werden (vgl. Freudenberg 2009a, S. 27). Ebenso wie die medizinische Versorgung durch das Stufenmodell hat auch die psychiatrische Versorgung das Ziel, die Betroffenen wieder an das reguläre Versorgungssystem anzubinden.

Die Schilderungen der Interviewpartner und exemplarische Untersuchungen wie beispielsweise von Romaus und Gaub machen deutlich, dass sich die Mitarbeiter der Wohnungslosenhilfe mit den an schweren psychischen Krankheiten leidenden Betroffenen überfordert gefühlt haben und psychiatrische Unterstützung nötig ist (vgl. Romaus and Gaupp 2003, S. 62f.). So treffen die Mitarbeiter in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe und auf der Straße auf ein Klientel in einem sehr schlechten gesundheitlichen Zustand und mit teilweise schweren chronischen psychischen Krankheitsbildern ohne für den Umgang damit ausreichend qualifiziert zu sein (vgl. Rosenke 2009, S. 21). Da dieses Klientel die vielfältigen Behandlungsmöglichkeiten der Psychiatrie kaum in Anspruch nimmt, ist es notwendig, dass sich das psychiatrische Fachpersonal dahin begibt, wo sich die Betroffenen aufhalten: In Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe und auf der Straße (vgl. Kellinghaus 2000, S. 96).

Die vielschichtigen Problemlagen des Klientels erfordern die enge Zusammenarbeit multidisziplinärer Teams. Somit muss die Zusammenarbeit der Hilfesysteme Psychiatrie, Suchtkrankenhilfe und Wohnungslosenhilfe über die beschriebene Kooperation hinaus gehen. Der Kontakt mit dem betroffenen Klientel gelingt fast ausschließlich durch niedrighschwellige Angebote. An diesem Kontaktpunkt muss mit sozialarbeiterischen und psychiatrischen Angeboten auf die multifaktoriellen Problemlagen der Betroffenen reagiert werden. Nur so kann die gesamte Problemlage mit ihrer Verquickung von sozialen und psychischen Faktoren bearbeitet und eine einseitige Ausrichtung der Hilfen verhindert werden. Das Ziel der interdisziplinären Unterstützung muss dabei die Koordination der bestmöglich auf den Bedarf abgestimmten Hilfeformen sein. So kann der Zugang zu weiterführenden Hilfen geöffnet werden. Ein Team, welches im niedrighschwelligem oder aufsuchendem Bereich mit dem betroffenen Klientel arbeitet, besteht idealerweise aus Psychiatern, psychiatrischen Pflegekräften und im

Umgang mit psychisch Kranken erfahrenen Sozialarbeitern(vgl. Kellinghaus 2000, S. 96; Rosenke 2007, S. 6). In Hamburg haben sich diesbezüglich in den letzten Jahren einige multidisziplinäre Angebote entwickelt. (s. Kapitel 6.4). Doch alle Interviewpartner sind sich einig, dass eine Intensivierung und ein Ausbau notwendig sind, um mehr Kontinuität zu erreichen. Dies wird auch dadurch deutlich, dass die Angebote aufgrund ihrer Finanzierung durch Spenden oder informelle Absprachen immer noch eine Art Sonderposition einnehmen und nur in einzelnen Bezirken, sprich nicht hamburgweit arbeiten.

Die unterschiedlich gewachsenen Hilfesysteme der Wohnungslosenhilfe und der Psychiatrie erschweren die Zusammenführung der Hilfeformen. Dies ist auch in der Gesetzgebung sichtbar. Alle Interviewpartner bemängeln die Trennung der Hilfen nach §§ 53ff. und nach §§ 67ff. SGB XII und die daraus folgende Trennung der Betroffenen nach Krankheitseinsichtigen und nach nicht Krankheitseinsichtigen. Durch die Unterscheidung wird ein Aussortierungsprozess vorangetrieben, der dazu führt, dass die am schwersten Erkrankten ohne Krankheitseinsicht keine bedarfsgerechte Hilfe bekommen und aus dem Gesundheitssystem ausgegrenzt werden. So ist eine Forderung der Experten, die Verbindung der beiden Gesetze möglich zu machen. Diesbezüglich gibt es in Hamburg schon einige Versuche. (s. Kapitel 6.4). Drgala konstatiert diesbezüglich,

*„dass sowohl auf der Gesetzesebene aber auch in der Verwaltungspraxis keine Problemlösungsorientierung auf der Grundlage eines ganzheitlichen Krankheits- bzw. Behinderungsverständnisses, d.h. einer biopsychosozialen Konzeptbildung stattfindet, wonach von entscheidender Bedeutung ist, dass psychische Erkrankungen sich im biologischen Bereich, dem subjektiven Erleben und im sozialen Verhalten manifestieren und über diese drei Ebenen – zwischen denen Wechselwirkungen bestehen – zum Positiven wie zum Negativen beeinflussbar sind.“ (Drgala 2008, S. 2)*

Weiterhin schlussfolgert er hinsichtlich der hohen Prävalenzen an psychischen Erkrankungen in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe, dass es folgerichtig wäre, die Einrichtungen nach §§ 67ff. in Einrichtungen nach §§ 53ff. SGB XII umzuwandeln. Die Vorschläge der Experten gehen dagegen in die Richtung die beiden Hilfeformen zu verbinden. Dies wäre beispielsweise dadurch verwirklicht, dass PPM-Maßnahmen in Wohnunterkünften integriert werden. Die Schilderungen von Interviewpartnerin IV über den Bedarf an sozialarbeiterischer Unterstützung in den Wohnunterkünften im Bereich des Wohnens und Alltags wie beispielsweise Haushaltsführung, Tagesstruktur und administrative Angelegenheiten stimmen mit den Hilfeleistungen der PPM überein<sup>25</sup>, so dass einer Verbindung der Hilfeformen aus fachlicher Sicht nichts entgegen steht. Die Hilfeform PPM zeichnet sich optimalerweise durch Beziehungskontinuität und eine Koordinationsfunktion aus, ist im Bereich der Klinischen Sozialar-

---

<sup>25</sup> Vgl. dazu Globalrichtlinien PPM unter <http://www.hamburg.de/gl-sgbxii-54/126384/54-55-ppm.html>, (zuletzt eingesehen: 15.05.2011).

beit<sup>26</sup> zu verordnen und weist Parallelen zur Methode des Case Managements auf. Somit würde die Verbindung der Paragraphen 67ff. und 53ff. SGB XII beispielsweise durch die Integration von PPM als eine Form der Eingliederungshilfe in Wohnunterkünfte zur Stabilisierung der Betroffenen und zur Anbindung an Wohnungsmarkt, Arbeitsmarkt und Versorgungssystem beitragen und somit auch den Zugang zu fachpsychiatrischen Angeboten erleichtern. Der Zugang zum komplementären psychiatrischen Hilfesystem wäre dadurch erleichtert, als dass eine Hilfeform der Eingliederungshilfe in das System der Wohnungslosenhilfe integriert wäre.

Die Interviewpartner bemängeln des Weiteren die schlechte Ausstattung der Wohnunterkünfte in Hamburg. Dies bezieht sich einerseits auf die personelle, aber auch auf die räumliche Ausstattung. Da es Fakt ist, dass sich viele schwer psychisch kranke Menschen in der niedrigschwelligen Wohnungslosenhilfe „aufhalten“, ist es notwendig mehr Personal und beispielsweise Einzelzimmer zur Verfügung zu haben. Der geringe Personalschlüssel und die räumliche Überlastung der Wohnunterkünfte trägt zur Eskalation von Krisen bei, deren Ursache nicht selten psychisch kranke Wohnungslose sind. In diesem Zusammenhang fordert auch die BAG W bundesweit differenzierte geschlechtsspezifische Wohnangebote mit Einzelzimmern als Standard sowie den Anforderungen entsprechende personelle und fachliche Ausstattung in den Bereichen psychosoziale Betreuung, Hauswirtschaft, Tagesstrukturierungs- und Arbeitsangebote im ambulanten und stationären Bereich (vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. 2008a, S. 10).

Letztendlich muss eine Entspannung im Hamburger Wohnungsmarkt herbeigeführt werden. Aufgrund des Mangels an billigem Wohnraum gelingt es selten Wohnungslose in einen eigenen Wohnraum zu vermitteln. Der Wohnungsmangel erschwert einerseits die präventive Arbeit mit Wohnungsnotfällen und andererseits führt er zu einer geringen Fluktuation in den Wohnunterkünften, die in Hamburg alle zu 100% ausgelastet sind. Dies gilt auch für spezielle Angebote für den Personenkreis der psychisch kranken Wohnungslosen wie den Wohnverbänden, die teilweise nach §§ 53ff. SGB XII arbeiten. Die Interviewpartner sind sich mit der Fachliteratur einig, dass eine psychische und soziale Stabilisierung erst durch eine eigene, unabhängige Wohnform möglich ist. So führt Jessica Wolf eine Untersuchung über 16 Monate zu den Aspekten der Lebensqualität und der Zufriedenheit von Wohnungslosen in Bezug auf die Wohnsituation durch. Mit dem Ergebnis, dass nur der Wechsel in eine unabhängige

---

<sup>26</sup> „Klinische Sozialarbeit ist eine gesundheitsspezifische Fachsozialarbeit [...]. Ihr generelles Ziel ist die Einbeziehung der sozialen und psycho-sozialen Aspekte in die Beratung, (sozio-)therapeutische Behandlung und psycho-pädagogische Unterstützung von gesundheitlich gefährdeten, erkrankten und (vorübergehend oder dauerhaft) behinderten Menschen. Fokus ist die Person-in-ihrer-Welt (person-in-environment) im Rahmen eines bio-psycho-sozialen Verständnisses von Gesundheit, Störung und Krankheit.“ <http://www.klinische-sozialarbeit.de/>, (zuletzt eingesehen: 15.05.2011).

Wohnsituation entscheidend zu einer Verbesserung der Lebensqualität und Zufriedenheit beiträgt. Die Einschätzung diesbezüglich für abhängige Wohnformen, wie Wohngruppen oder Wohnunterkünften, unterscheidet sich kaum von der Einschätzung bei fortbestehender Wohnungslosigkeit (vgl. Wolf, et al. 2001, S. 396f.).

### Zusammenfassung

Die vorliegende Untersuchung macht am Beispiel Hamburg deutlich, dass der Personenkreis der psychisch kranken Wohnungslosen nicht optimal versorgt wird. Die Interviewpartner aus unterschiedlichen Arbeitsfeldern kritisieren die starre Versäulung der Hilfesysteme und die daraus entstehenden Probleme bezüglich Kooperation und Zugang zu verschiedenen Hilfeformen und Versorgungsleistungen. Es wird deutlich, dass die gezielten und spezialisierten Hilfeformen der verschiedenen Hilfesysteme bei dem betroffenen Klientel aufgrund der verschiedenen und vielfältigen ineinandergreifenden Problemlagen an ihre Grenzen stoßen. Es wird zeigt sich, dass durch die somit entstehende Ausgrenzung akzeptiert wird, dass schwer kranke Menschen, die sich in einer extremen Lebenssituation, geprägt von Mangellagen und Armut, befinden, durch eine Form der strukturellen Gewalt aus allen Versorgungs- und Hilfesystemen herausfallen und unterversorgt auf der Straße leben. Einerseits müssen die Versorgungsstrukturen dahingehend verändert werden, dass die Betroffenen die Möglichkeit haben, ihre Ansprüche auf medizinische, psychiatrische und soziale Leistungen geltend machen zu können und andererseits, dass der Zugang zu spezifischen Leistungen und Angeboten bezüglich der Vermittlung von geeignetem Wohnraum und psychiatrischen Hilfen im Vorfeld, vor der drohenden Wohnungslosigkeit, ermöglicht wird.

Die vorliegende Untersuchung kommt zu dem Ergebnis, dass nur eine integrierte, multidisziplinäre Versorgung den Bedarf der Betroffenen decken kann. Diese muss hinsichtlich der Zugangsschwellen gestaffelt sein und letztendlich zu weiteren bedarfsgerechten Hilfeformen führen. Der Koordination dieser Hilfen muss ein ganzheitliches Krankheitsverständnis zugrunde liegen welches eine gelingende Kooperation der verschiedenen Hilfesysteme voraussetzt und durch eine Aufweichung der Grenzen zwischen Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten nach §§ 67ff. SGB XII und Leistungen nach §§ 53ff. SGB XII für behinderte Menschen möglich werden kann. Dies wurde vor allem am Beispiel der Integrierung von PPM in Wohnunterkünften der Wohnungslosenhilfe deutlich. Die Methode des Case Managements wurde speziell für ein Klientel entwickelt, dessen Problemlagen vielfältig und mehrschichtig erscheinen. Dies ist bei dem untersuchten Klientel der Fall. Die Koordinationsfunktion des Case Management in Verbindung mit einer klientenzentrierten Arbeitsweise kann dazu beitragen, die Schnittstellen der Hilfesysteme durchlässiger zu machen und den Betroffenen somit bedarfsgerechte Hilfe zukommen zu lassen.

Die Verbesserungsvorschläge haben sich teilweise aus Ansätzen entwickelt, die es vereinzelt in Hamburg gibt. Diese gilt es zu evaluieren, auszubauen und gegebenenfalls in die Regelversorgung aufzunehmen.

## 10. Schlussbetrachtung

Die vorliegende Arbeit hat sich mit dem Zugang einer mehrfach belasteten und benachteiligten Personengruppe zum psychiatrischen Versorgungssystem in Hamburg beschäftigt. Durch die Beschreibung der betroffenen Personengruppe und der Gründe für das Entstehen von Wohnungslosigkeit und der Entwicklung von psychischen Erkrankungen wurde gezeigt, dass es sich bei den Betroffenen um eine inhomogene Gruppe von Menschen handelt, die aufgrund verschiedener individueller und struktureller Problemlagen aus weiten Teilen der Gesellschaft ausgeschlossen sind und keinen Zugang zu Wohnungsmarkt und Gesundheitssystem haben. Anhand der Beschreibung der Lebenslagen von Wohnungslosen und chronisch psychisch Kranken wurde deutlich, dass die soziale Problemlage der Wohnungslosigkeit ebenso wie die gesundheitliche Problemlage einer schweren psychischen Erkrankung sozialen Ausschluss aus weiteren Teilbereichen der Gesellschaft zur Folge hat. Dies schlägt sich vor allem in den Bereichen Arbeit und sozialer Integration nieder. Durch die Zusammenführung der beiden Lebenslagen hat sich herausgestellt, dass sich deren negativen Aspekte gegenseitig verstärken und bedingen können. Die hohe Prävalenz an teilweise schweren psychischen Erkrankungen, mit einem Schwerpunkt auf Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis und aus dem Bereich der Suchtmittelabhängigkeit und die damit einhergehenden Schwierigkeiten der Personengruppe der Wohnungslosen, macht deutlich, dass die Betroffenen eine hohe Behandlungsbedürftigkeit bzw. einen hohen Bedarf an fachpsychiatrischer Behandlung aufweisen. Aus dem Bedarf der Betroffenen hinsichtlich sozialer und psychiatrischer Unterstützung ergeben sich Ansprüche auf Versorgungsleistungen des psychiatrischen Versorgungssystems, der Suchtkranken- und der Wohnungslosenhilfe.

Durch die Befragung von Experten aus unterschiedlichen Arbeitsfeldern wurde exemplarisch für Hamburg deutlich, dass die Betroffenen trotz Ansprüche auf eine gemeindenahe psychiatrische Versorgung selten klinische Versorgungsangebote, kaum komplementäre und teilweise nicht einmal niedrigschwellige Angebote der Wohnungslosenhilfe nutzen. Der Zugang wohnungsloser Menschen zu psychiatrischen Einrichtungen bzw. psychiatrischen Versorgungsleistungen ist in Hamburg sehr hochschwellig und an Voraussetzungen geknüpft, die die Betroffenen nicht erfüllen können. Dadurch wird die Psychiatrie dem Bedarf und dem Anspruch der Betroffenen nicht gerecht. Die Ursache der geringen Nutzung komplementärer Einrichtungen durch Wohnungslose sehen die Experten einerseits in subjektbezogenen

Aspekten wie der schlechten Erreichbarkeit des Klientels und andererseits in strukturbezogenen Aspekten wie der nicht gelingenden Kooperation von Hilfesystemen und Berufsgruppen und den zu hohen Zugangsvoraussetzungen der komplementärer Hilfen. Hinsichtlich des Umgangs mit der beschriebenen Problematik wurde deutlich, dass es in Hamburg in den letzten Jahren eine Entwicklung gab, die verschiedene gelingende Ansätze der Arbeit mit dem Klientel hervorbrachte. Diese Ansätze sind aber nur exemplarisch und befristet finanziert und kommen nicht in ganz Hamburg zum Einsatz. Aus den Aussagen der Interviewpartner konnten Handlungsempfehlungen gewonnen werden, die sich teilweise aus den Erfahrungen mit den beschriebenen Ansätzen ergeben haben. Diese beziehen sich auf die Arbeitsweise mit dem betroffenen Klientel, das Setting, die Gesetzgebung und die Kooperation der Hilfesysteme. Die Empfehlungen der Experten wurden mit Erkenntnissen aus der Fachliteratur zusammengeführt und somit Verbesserungsvorschläge generiert, die sich sowohl auf die Methodik, als auch auf die Struktur und die Kooperation beziehen.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass es in Hamburg nach wie vor Defizite bei der Versorgung eines stark benachteiligten Klientels gibt und somit ein dringender Handlungsbedarf besteht, bereits existierende Projekte und Einrichtungen auszubauen, weiter zu entwickeln und in die Regelversorgung zu integrieren. Um das betroffene Klientel ausreichend und bedarfsgerecht zu versorgen, müssen grundlegende strukturelle Aspekte überdacht sowie Änderungen in der Umsetzung bestehender Gesetze vorgenommen werden.

Das Konzept der Lebenslage hat sich als geeignet herausgestellt, die vielfältigen Problemlagen des untersuchten Klientels darzustellen. Somit konnte der Komplexität der Lebensbedingungen der Betroffenen gerecht werden. Die im Theorieteil erarbeiteten Aspekte wurden durch die Forschung im zweiten Teil der Arbeit in Bezug auf Hamburg bestätigt und verifiziert. Sowohl die Auswahl der Methode des Experteninterviews, als auch die Auswertung nach den Methodenelementen der zusammenfassenden und der strukturierenden Inhaltsanalyse erwiesen sich dabei als geeignet um Aussagen zu dem betroffenen Klientel sowie Verbesserungsvorschläge zu generieren.

Um in Zukunft bedarfsgerechte Angebote zu entwickeln bzw. bestehende gelingende Angebote auszubauen sind weitere Forschungen in einem größeren Umfang notwendig. Nur so können die inhomogenen Bedarfe von Wohnungslosen erkannt und zur Weiterentwicklung des Hilfesystems genutzt werden. Bei der Entwicklung von Angeboten ist es unverzichtbar, die Betroffenen als die eigentlichen Experten ihrer Situation außer acht zu lassen und deren Bedürfnisse zu übergehen.

## Literatur

- Amman, Anton  
1983 *Lebenslage und Sozialarbeit, Elemente zu einer Soziologie von Hilfe und Kontrolle*. Berlin: Duncker & Humbolt.
- Andretta, Gabriele  
1991 *Zur konzeptionellen Standortbestimmung von Sozialpolitik als Lebenslagenpolitik*. Regensburg: Transfer Verlag
- Angermeyer, Matthias C.; Schulze, Beate; Dietrich, Sandra  
2003 *Courtesy stigma – a focus group study of relatives of schizophrenia patients*. . Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 38:593 - 602.
- Ansen, Harald  
2007 *Ein Leben auf Sparflamme*. Deutsche Zeitschrift für Soziale Arbeit: Blätter der Wohlfahrtspflege 154:92-96.
- Arenz, Jeannette  
2007 [Art.]: *Komplementäre Dienste und Einrichtungen für psychisch kranke/seelisch behinderte Menschen*. In *Fachlexikon der Sozialen Arbeit*. Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge, ed. Pp. 570. Baden Baden: Nomos.
- Beaucamp, Guy; Etemeyer, Ulrich; Rogosch, Josef K.; Stammer, Jens  
2009 *Hamurger Sicherheits- und Ordnungsrecht SOG/PolDVG*. Stuttgart: Richard Boorberg.
- Becker, Hinnerk; Kunstmann, Wilfried  
2001 *The Homeless Mentally Ill in Germany*. International Journal of Mental Health 30(3):57.
- Becker, Stephan; Geiger, Susan  
2007 [Art.]: *Klassifikationssysteme psychischer Störungen*. In *Fachlexikon der Sozialen Arbeit*. Deutscher Verein für öffentliche und Private Fürsorge, ed. Pp. 563-564 Baden-Baden: Nomos.
- Behnsen, Sönke  
2004 *Krise? Welche Krise?! - Der ganz normale Wahnsinn im Alltag chronisch psychisch kranker Wohnungsloser*. In *Praxis Krisenintervention*. W. Müller and U. Scheuermann, eds. Pp. 157-168. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bommes, Michael; Scherr, Albert  
2000 *Soziologie der Sozialen Arbeit. Eine Einführung in Formen und Funktion organisierter Hilfe* Weinheim: Juventa.
- Bühringer, Gerhard; Batra, Anil  
2009 *Störungen durch Konsum von Alkohol und illegalen Drogen*. In *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*. Band 2: Störungen im Erwachsenenalter. J. Margraf and S. Schneider, eds. Pp. 345-370. Heidelberg: Springer.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.v.  
2006 *ICF-Praxisleitfaden 1 Trägerübergreifender Leitfaden für die praktische Anwendung der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) beim Zugang zur Rehabilitation*. Frankfurt am Main.



- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.v.  
2010 Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe psychisch kranker und behinderter Menschen. Frankfurt am Main.
- Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V.  
2008a Psychische Erkrankungen bei wohnungslosen Frauen und Männern, Darstellung der Problemlagen und Handlungsbedarfe. Bielefeld.
- Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V.  
2008b Statistikbericht 2004-2006. Bielefeld: BAG W Verlag.
- Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V.  
2009 Schätzung der Zahl der Wohnungslosen und der von Wohnungslosigkeit Bedrohten. Bielefeld: BAG W Verlag.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales  
2008 Lebenslagen in Deutschland. Der 3. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Bonn 2008.
- Bundesregierung  
2001 Lebenslagen in Deutschland. erster Armuts- und Reichtumsbericht. Bonn.
- Degkwitz, Peter  
2002 Theorien und Modelle der Entstehung und des Verlaufs von Drogenabhängigkeit. *In* Drogenpraxis, Drogenrecht, Drogenpolitik. Handbuch für Drogennutzer, Eltern, Drogenberater, Ärzte und Juristen. L. Böllinger and H. Stöver, eds. Pp. 45-65. Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS)  
2006 Drogenabhängigkeit. Suchtmedizinische Reihe Band 4. Hamm.
- Dilling, Horst; Mombour, W.; Schmidt, Martin H.  
2010 Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V(F). Bern: Hans Huber.
- Dörner, Klaus  
2001 Was sind chronisch kranke für Menschen. *In* Ende der Veranstaltung, Anfänge der Chronisch-Kranken-Psychiatrie. K. Dörner, ed. Pp. 27-29. Neumünster: Paranus.
- Dörner, Klaus; Plog, Ursula; Teller, Christine; Wendt Frank.  
2002 Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Dörr, Margret  
2005 Soziale Arbeit in der Psychiatrie. München, Basel: Ernst Reinhardt.
- Drgala, Jürgen  
2008 Die Wirkungslosigkeit des Hilfesystems für Personen mit besonderen sozialen Schwierigkeiten (§§67, 68 SGB XII), Zum Erfordernis angepasster Leistungen für diesen Personenkreis. Berlin: Lit Verlag.
- Dunkelberg, Sandra; Sperber, Sinje  
O.J. Chronische Krankheit und Multimorbidität, Zentrum für Psychosoziale Medizin. Institut für Allgemeinmedizin. Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.  
<http://www.uke.de/institute/allgemeinmedizin/downloads/institut-allgemeinmedizin/VLchronKHkurz.pdf>.

- Eichenbrenner, Ilse; Clausen, Jens  
2010 Soziale Psychiatrie, Grundlagen, Zielgruppen, Hilfeformen. Stuttgart: Kohlhammer.
- Eikelmann, Bernd  
1998 Sozialpsychiatrisches Basiswissen, Grundlagen und Praxis. Stuttgart: Enke Ferdinand.
- Eikelmann, Bernd; Reker, Thomas; Richter Dirk  
2005a Zur sozialen Exklusion psychisch Kranker - Kritische Bilanz und Ausblick der Gemeindepsychiatrie zu Beginn des 21. Jahrhunderts. Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie 73:664-673.
- Eikelmann, Bernd; Reker, Thomas; Zacharias, Barbara  
2002 Wohnungslose psychisch kranke - Zahlen und Fakten. *In Wohnungslos und psychisch krank*. K. Nouvertné, T. Wessel, and C. Zechert, eds. Pp. 42-56. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Eikelmann, Bernd; Zacharias, Barbara  
2005 Sozialpsychiatrische Grundlagen psychischer Krankheiten. *In Psychiatrie & Psychotherapie*. H.-J. Möller, G. Laux, and H.-P. Kapfhammer, eds. Pp. 208-224. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Eikelmann, Bernd; Zacharias-Eikelmann, Barbara; Richter, Dirk; Reker, Thomas  
2005b Ziel ist Teilnahme am "wirklichen" Leben. *Deutsches Ärzteblatt* 102:1104-1110.
- Enders-Dragässer, Uta  
2000 Frauen ohne Wohnung. Handbuch für die ambulante Wohnungslosenhilfe für Frauen. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer.
- Ernst, Cecile  
2001 Die bessere und die schlechtere Hälfte? Geschlechtsunterschiede in der Prävalenz psychischer Krankheiten aus epidemiologischer Sicht. *In Psychische Erkrankungen bei Frauen, Für eine geschlechtersensible Psychiatrie und Psychotherapie*. A. Riecher-Rössler and C. Rohde-Dachser, eds. Pp. 47-61. Freiburg: Karger.
- Fichter, Manfred; Quadflieg, Norbert; Koniarczyk, Manfred; Greifenhagen, Annette; Wolz, Jörg  
1999 Psychische Erkrankung bei obdachlosen Männern und Frauen in München. *Psychiatrische Praxis* 26:76-84.
- Fichter, Manfred; Greifenhagen, Annette  
1998 Ver-rückt und obdachlos - psychische Erkrankungen bei wohnungslosen Frauen. *Wohnungslos* 3/98.
- Finzen, Asmus  
2011 Schizophrenie. Die Krankheit verstehen, behandeln, bewältigen. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Flick, Uwe  
2009 Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt.

- Flick, Uwe; Kardoff, Ernst von; Steinke, Ines  
2004 Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbeck Hamburg: Rowohlt.
- Forschungsverbund Wohnungslosigkeit und Hilfe in Wohnungsnotfällen  
2005 Gesamtbericht Oktober 2005: Bundesministerium für Bildung und Forschung.
- Freie und Hansestadt Hamburg  
2007 Evaluation der Fachstellen für Wohnungsnotfälle. Hamburg.
- Freie und Hansestadt Hamburg  
2011 Therapieführer. Psychiatrie und Psychotherapie. Diagnostische, therapeutische und rehabilitative Angebote in Hamburg. Hamburg.
- Freudenberg, Dorothee  
2009a Mit Beharrlichkeit und Sensibilität – Psychiatrische Straßenvsiste für Obdachlose in der Hamburger Innenstadt. Sozialpsychiatrische Informationen 4:26-29.
- Freudenberg, Dorothee  
2009b Psychisch kranke Wohnungslose. *In Wohnungslose: Ganz schön krank! Behandlungskonzepte für eine vulnerable Personengruppe.* Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. (HAG), ed.
- Galuske, Michael  
2007 Methoden der Sozialen Arbeit. Eine Einführung Weinheim und München: Juventa.
- Gläser, Jochen; Laudel, Grit  
2009 Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Görgen, Wilfried; Olivia, Hans; Schu, Martina  
2004 Evaluation des Hamburger Suchthilfesystems. Im Auftrag der Freien und Hansestadt Hamburg. Köln.
- Gouzoulis-Mayfrank, Euphrosyne.  
2007 komorbidität Psychose und Such - Grundlagen und Praxis. Heidelberg: Steinkopff.
- Grabs, Julia  
2006 Todesursachen von Wohnungslosen in Hamburg, Eine Analyse von 307 Todesfällen, Institut für Rechtsmedizin des Universitätskrankenhauses Hamburg - Eppendorf.
- Grabs, Julia; Ishorst-Witte, Frauke; Püschel, Klaus  
2008 krank bin ich wenn nichts mehr geht! Todesursachen wohnungsloser Menschen in Hamburg. HÄP 5/08.
- Hahlweg, Kurt  
2009 Schizophrenie. *In Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 2: Störungen im Erwachsenenalter.* J. Margraf and S. Schneider, eds. Pp. 407-434. Heidelberg: Springer.

- Hamburgische Bürgerschaft  
2009 Lebensbedingungen in Unterkünften der öffentlich-rechtlichen Unterbringung in Hamburg und vergessene Wohnungslose im System der Fachstellen für Wohnungslose. Drucksache 19/3572. Hamburg.
- Haverkamp, Fritz  
2008 Gesundheit und soziale Lebenslage. *In* Handbuch Armut und Soziale Ausgrenzung. E.-U. Huster, J. Boeckh, and H. Mogge-Grotjahn, eds. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hayner, Ekkehard; Tippe, Christian  
2009 Die Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten im Wandel. Grundlagen und Praxiserfahrungen zur Arbeit nach §§ 67 ff SGB XII. Sozial Extra 5/6:42-45.
- Hayward, Marianne  
2007 Psychiatric morbidity and health service use among attendess at a winter shelter. *Psychiatric Bulletin* 31:326-329.
- Hesse-Lorenz, Helma; Zanjani, Renate  
2002 Wohnungslosigkeit bei Frauen ist unsichtbar. *In* Wohnungslos und psychisch krank. K. Nouvertné, T. Wessel, and C. Zechert, eds. Pp. 115-125. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Holtmannspötter, Heinrich  
2002 Von "Obdachlosen", "Wohnungslosen" und "Nichtsesshaften". *In* Obdachlos und psychisch krank. k. Nouvertné, T. Wessel, and C. Zechert, eds. Pp. 17-27. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Hradil, Stefan  
2001 Soziale Ungleichheit in Deutschland. Opladen: Leske + Budrich.
- Kardoff, Ernst von  
2008 Kein Ende der Ausgrenzung: Ver-rückter in Sicht? *In* Sozialer Ausschluss und Soziale Arbeit, Positionsbestimmung einer kritischen Theorie und Praxis Sozialer Arbeit. R. Anhorn, F. Bettinger, and j. Stehr, eds. Pp. 291-318. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kardoff, Ernst von  
2010 Zur Diskriminierung psychisch kranker Menschen. *In* Diskriminierung, Grundlagen und Forschungsergebnisse. U. Hormel and A. Scherr, eds. Pp. 279-306. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften / Springer Fachmedien.
- Kardoff, Ernst von; Ohlbrecht, Heike  
2006 Die Bedeutung der Arbeit für psychisch kranke Menschen im gesellschaftlichen Wandel - soziologische Anmerkungen zur beruflichen Rehabilitation. [www.heilpaedagogik-online.com/2006/heilpaedagogik\\_online\\_0306.pdf](http://www.heilpaedagogik-online.com/2006/heilpaedagogik_online_0306.pdf), .
- Kellinghaus, Christoph  
2000 Wohnungslos und psychisch krank, eine Problemgruppe zwischen den Systemen, Konzepte- empirische Daten- Hilfsansätze. Münster: Lit Verlag.

- Kieselbach, Thomas; Beelmann, Gert  
2006 Arbeitslosigkeit und Gesundheit: Stand der Forschung. *In* Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit. A. Hollender and H. Brand, eds. Pp. 13-35. Bern: Huber.
- Kleve, Heiko  
2006 Case Management. Eine methodische Perspektive zwischen Lebensweltorientierung und Ökonomisierung Sozialer Arbeit *In* Systemisches Case Management, Falleinschätzung und Hilfeplanung in der Sozialen Arbeit. H. Kleve, B. Haye, A. Hambe-Grosser, and M. Müller, eds. Heidelberg: Carl-Auer.
- Klinkenberg, W. Dean; Calsyn, Robert J.; Morse, Gary A.  
1998 The helping alliance in case management for homeless persons with severe mental illness. *Community Mental Health Journal* 34(6):569-578.
- Knecht, Alban  
2010 Lebensqualität produzieren, Ressourcentheorie und Machtanalyse des Wohlfahrtsstaats. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften/Springer Fachmedien.
- Kovess, Vivian; Lazarus, C. Mangin  
1999 The prevalence of psychiatric disorders and use of care by homeless people in Paris. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 34(11):580.
- Kovess, Vivian; Lazarus, C. Mangin  
2001 Use of Mental Health Services by Homeless People in Paris. *International Journal of Mental Health* 30(3):26.
- Kronauer, Martin  
2002 Exklusion - Die Gefährdung des Sozialen im entwickelten Kapitalismus. Frankfurt a. M.: Campus
- Kronauer, Martin  
2010 Inklusion-Exklusion. Eine historische und begriffliche Annäherung an die soziale Frage der Gegenwart. *In* Inklusion und Weiterbildung. Reflexionen zur gesellschaftlichen Teilhabe in der Gegenwart. M. Kronauer, ed. Pp. 24-58. Bielefeld: Bertelsmann.
- Kunstmann, Wilfried; Becker, Hinnerk  
1998 Methodische Probleme der Erhebung psychiatrischer Krankheitsprävalenzen unter Wohnungslosen. *Wohnungslos* 3/98:106-111.
- Längle, Gerhard; Egerter, Birgit; Albrecht, Friederike; Petrasch, Monika; Buchkremer, Gerhard  
2005 Prevalence of mental illness among homeless men in the community. Approach to a full census in a southern German university town. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 40:382-390.
- Lauber, Christoph; Lay, Barbara; Rössler, Wulf  
2006 Homeless people at disadvantage in mental health services. *European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience* 256(3):138-145.
- Leder, T.; Volk, S.; Georgi, K.; Pflug B.  
1999 Eine Feldstudie zur psychosozialen Situation Wohnungsloser in Frankfurt am Main. *Der Nervenarzt* 70(7):650-656.

- Ludwig-Mayerhofer, Wolfgang  
 2008 Wohnungslosigkeit. *In* Soziologie sozialer Probleme und sozialer Kontrolle. Realitäten, Repräsentationen und Politik. A. Groenemeyer and S. Wieseler, eds. Pp. 502-514. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Lutz, Roland; Simon, Titus  
 2007 Lehrbuch der Wohnungslosenhilfe, Eine Einführung in Praxis, Positionen und Perspektiven. Weinheim: Juventa.
- Malyssek, Jürgen; Störch, Klaus  
 2009 Wohnungslose Menschen, Ausgrenzung und Stigmatisierung. Freiburg: Lambertus.
- Mayring, Philipp  
 2008 Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim und Basel: Beltz.
- Meller, I.; Fichter, Manfred; Quadflieg, Norbert; Koniarczyk, Manfred; Greifenhagen, Annette,  
 2000 Die Inanspruchnahme medizinischer und psychosozialer Dienste durch psychische erkrankte Obdachlose: Ergebnisse einer epidemiologischen Studie. *Der Nervenarzt* 71(7):543-551.
- Meuser, Michael; Nagel, Ulrike  
 2002 Experteninterviews - vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. *In* Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung. A. Bogner, b. Littig, and W. Menz, eds. Pp. 71-93. Opladen: Leske & Budrich.
- Meuser, Michael; Nagel, Ulrike  
 2010 Experteninterviews - wissenssoziologische Voraussetzungen und methodische Durchführung. *In* Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. B. Friebertshäuser, A. Langer, and A. Prengel, eds. Pp. 457-471. Weinheim und München: Juventa.
- Möller-Leimkühler, Anne Maria  
 2008 Soziologische und sozial psychologische Aspekte psychischer Erkrankungen. *In* Psychiatrie und Psychotherapie. H.-J. Möller, G. Laux, and H.-P. Kapfhammer, eds. Pp. 277-304. Heidelberg: Springer.
- Monzer, Michael  
 2008 Care und Case Management in der Wohnungslosenhilfe. *Wohnungslos* 2/08:S. 45-51.
- Neuffer, Manfred  
 2009 Case Management. Soziale Arbeit mit Einzelnen und Familien. Weinheim und München: Juventa.
- Nothbaum, Norbert; Kämper, Andreas; Lübker, Susanne  
 2004 Problemlagen der Hilfesuchenden in der Wohnungslosenhilfe. Bielefeld: Gesellschaft für Organisation und Entscheidung.
- Obert, Klaus  
 2001 Alltags- und Lebensweltorientierte Ansätze sozialpsychiatrischen Handelns. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

- Office of the Deputy Prime Minister  
2004 Mental Health and Social Exclusion, Social Exclusion Unit Report. London.
- Pabst, Alexander; Piontek, Daniela; Kraus, Ludwig; Müller, Stefanie  
2010 Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2009. Sucht 56(5):327-336.
- Quadflieg, Norbert  
1998 Psychische Störungen bei wohnungslosen Männern. Wohnungslos 3/98:98-102.
- Reker, Thomas  
1999 Warum beschäftigt sich die Psychiatrie mit "den Wohnungslosen"? Sozialpsychiatrische Informationen 3/99:2-4.
- Röh, Dieter  
2009 Soziale Arbeit in der Behindertenhilfe. München: Ernst Reinhardt.
- Romaus, Rolf; Gaupp, Beate  
2003 Psychisch Kranke in der Wohnungslosenhilfe. Interaktionsprobleme zwischen Personal und psychisch auffälligen Bewohnern in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe - Ergebnisse einer qualitativen Studie - Wohnungslos 2/03:61-63.
- Roscher, Falk  
2008 Kommentar der §§ 67-69 SGB XII. In Sozialgesetzbuch XII. Lehr- und Praxiskommentar. Baden Baden: Nomos.
- Rosenke, Werena  
2007 Anforderungen an die medizinische Versorgung wohnungsloser Menschen aus Sicht der BAG Wohnungslosenhilfe e.V. Gesundheit Berlin.
- Rosenke, Werena  
2009 Das ist ja zum Ver-rücktwerden - Wohnungslose und ihre (Sehn)Süchte. Sozialpsychiatrische Informationen 4/2009:20-25.
- Rössler, Wulf  
2004 Psychiatrische Rehabilitation. Berlin: Springer.
- Salize, Hans Joachim; Dillmann-Lange, Cornelia; Kenter-Figura, Beate; Reinhard I.  
2006 Drohende Wohnungslosigkeit und psychische Gefährdung. Prävalenz und Einflussfaktoren bei Risikopopulationen. Der Nervenarzt 77(11):1345-1354.
- Salize, Hans Joachim; Horst, A.; Dillmann-Lange, Cornelia; Killmann, U.; Stern, Gerlinde; Henn, Fritz; Rössler Wulf  
2001a Needs for mental health care and service provision in single homeless people. Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology 36(4):207.
- Salize, Hans Joachim  
2005 Schnittstellen erschweren Hilfe. Gemeindepsychiatrie und angrenzende Arbeitsfelder - Beispiel der Wohnungslosenhilfe. Blätter der Wohlfahrtspflege 4/2005:127-130.

- Salize, Hans Joachim; Dillmann-Lange, Cornelia; Kentner-Figura, Beate  
2002a Versorgungsbedarf psychisch kranker Wohnungsloser - Sind wir in der Lage, ihn zu erkennen? *In* Obdachlos und psychisch krank. k. Nouvertné, T. Wessel, and C. Zechert, eds. Pp. 28-40. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Salize, Hans Joachim; Dillmann-Lange, Cornelia; Stern, Gerlinde; Kentner-Figura, Beate; Stamm, Klaus; Rössler, Wulf; Fritz, Henn  
2002b Alcoholism and somatic comorbidity among homeless people in Mannheim, Germany. *Addiction* 97(12):1593.
- Salize, Hans Joachim,  
2001b Wie beurteilen psychisch kranke Wohnungslose ihre Lebensqualität? *Psychiatrische Praxis* 28:75-80.
- Schaak, Torsten  
2002 Obdachlose, <<auf der Straße>> lebende Menschen in Hamburg 2002. Eine empirische Untersuchung über die soziale Lage <<auf der Straße>> lebender Menschen in Hamburg. Hamburg: Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Soziales und Familie.
- Schaak, Torsten  
2004 Empirische Befunde zur gesundheitlichen und sozialen Situation wohnungsloser Menschen in Hamburg. *Wohnungslos* 2/04:59-63.
- Schaak, Torsten  
2009 Obdachlose, <<auf der Straße>> lebende Menschen in Hamburg 2009. Eine empirische Untersuchung über die soziale Lage <<auf der Straße>> lebender Menschen in Hamburg. Hamburg: Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz.
- Schaeffer, Doris; Moers, Martin  
2000 Bewältigung chronischer Krankheiten - Herausforderungen für die Pflege. *In* Handbuch Pflegewissenschaft. B. Rennen-Allhoff and D. Schaeffer, eds. Pp. 447-484. Weinheim München: Juventa.
- Schaffer, Hanne  
2002 Empirische Sozialforschung für die Soziale Arbeit - Eine Einführung. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Schild, Walter  
1999 Versorgung von psychisch kranken wohnungslosen Frauen und Männern: Qualitätssicherung und Schnittstellenprobleme. *Wohnungslos* 2/99:59-62.
- Schnell, Thomas; Neisius, K.; Dumann, J.; Gouzoulis-Mayfrank, E.  
2010 Prävalenz der Komorbidität Psychose und Sucht. Klinisch-epidemiologische Ergebnisse aus verschiedenen Behandlungssettings in einer deutschen Großstadt. *Nervenarzt* 81:323-328.
- Schönell, Helmut; Müller, Ulrich; Hesse-Lorenz, Helma  
2002 Doppelzimmer, Vollpension und Therapie. Mehr als zwei Drittel der Wohnungslosen leiden unter psychischen Störungen/ Wie kann die Psychiatrie psychisch kranken Wohnungslosen helfen? *Kerbe, Forum für Sozialpsychiatrie* 3/2002:4-10.



- Schröder-Rosenstock, Karl  
2007 [Art.] Psychiatrie. *In* Fachlexikon der Sozialen Arbeit. Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge, ed. Pp. 730f. Baden Baden: Nomos.
- Shelter England  
2007 Homelessness Fact sheet.
- Stascheit, Ulrich  
2007 Gesetze für Sozialberufe. Frankfurt am Main: Nomos.
- Steiger, Ignaz  
2010 Die Auswirkungen von Wohnungslosigkeit auf die Gesundheit und den Zugang in das Gesundheitssystem, Medizinische Fakultät Charité - Universitätsmedizin Berlin.
- Steinhausen, Hans-Christoph  
2006 Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen, Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. München: Urban & Fischer.
- Sullivan, Greer; Burnam, Audrey; Koegel, Paul  
2000 Pathways to homelessness among the mentally ill. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 35(10):444-450.
- Torchalla, Iris; Albrecht, Friederike; Buchkremer, Gerhard; Längle, Gerhard  
2004 Wohnungslose Frauen mit psychischen Erkrankungen - eine Feldstudie. *Psychiatrische Praxis* 31:228-235.
- Trabert, Gerhard  
1998 Überlegungen zu einem Case und Disease Management innerhalb niedrigschwelliger medizinischer Ambulanzen bei psychisch auffälligen wohnungslosen Menschen. *Wohnungslos* 3/98:113-116.
- Trabert, Gerhard  
2000 Der Kontext "Wohnungslosigkeit und Gesundheit" innerhalb sozialmedizinischer Forschung an Fachhochschulen. *In* Sozialmedizin in der Sozialarbeit, Forschung für die Praxis. K. Ortmann and H. Waller, eds. Berlin: VWF.
- Trabert, Gerhard  
2002 Aufsuchende ambulante medizinische Versorgung. *In* Obdachlos und psychisch krank. K. Nouvertné, T. Wessel, and C. Zechert, eds. Pp. 80-91. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Trabert, Gerhard  
2005 Gesundheitsarbeit in der Wohnungslosenhilfe. *In* Gesundheitsbezogene Sozialarbeit, Eine Erkundung der Praxisfelder. K. Ortmann and H. Waller, eds. Hohengehren: Schneider.
- Vazquez, Carmelo; Munoz, Manuel  
2001 Homelessness, Mental Health, and Stressful Life Events. *International Journal of Mental Health* 30(3):6.
- Vazquez, Carmelo; Munoz, Manuel; Koegel, Paul; Sanz, J.; Burnam, M.A.  
1998 Differential patterns of mental disorders among the homeless in Madrid (Spain) and Los Angeles (USA). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 33:514-520.

- Voges, Wolfgang; Jürgens, Olaf; Mauer, Andreas; Meyer, Eike  
2005 Methoden und Grundlagen des Lebenslagenansatzes. Bonn:  
Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung.
- Völlm, Birgit; Becker, Hinnerk; Kunstmann, Wilfried  
2004a Prävalenz körperlicher Erkrankungen, Gesundheitsverhalten und Nutzung des  
Gesundheitssystems bei alleinstehenden wohnungslosen Männern: eine  
Querschnittsuntersuchung. Sozial- und Präventivmedizin/Social and Preventive  
Medicine 49(1):42-50.
- Völlm, Birgit; Becker, Hinnerk; Kunstmann, Wilfried  
2004b Psychiatrische Morbidität bei allein stehenden wohnungslosen Männern. *In*  
Psychiatrische Praxis. Pp. 236 - 240, Vol. 31. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Waller, Heiko  
2007 Sozialmedizin, Grundlagen und Praxis. Stuttgart: Kohlhammer.
- Wehrheim, Jan  
2006 Die überwachte Stadt. Opladen: Barbara Budrich.
- Weisser, Gerhard  
1978 Beiträge zur Gesellschaftspolitik. Göttingen: Verlag Otto Schwartz.
- Wendt, Wolf Rainer  
1988 Das Konzept der Lebenslage. Seine Bedeutung für die Praxis der Sozialen  
Arbeit. *In* Blätter der Wohlfahrtspflege. Pp. S. 79, Vol. 3/1988: Wohlfahrtswerk für  
Baden-Württemberg.
- Wendt, Wolf Rainer  
2010 Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Eine Einführung.  
Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Wessel, Theo  
2002 Im "Bermuda-Dreieck" - Patienten zwischen Psychiatrie, Obdachlosenhilfe  
und Suchtkrankenhilfe. *In* Obdachlos und psychisch krank. K. Nouvertné, T. Wessel,  
and C. Zechert, eds. Pp. 68-79. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Wessel, Theo; Zechert, Christian  
2002 Wohnungslose Patienten in der psychiatrischen Klinik. Ergebnisse einer 12-  
Monatserhebung anhand der Wohnungskriterien des Deutschen Städtetages. *In*  
Obdachlos und psychisch krank. K. Nouvertné, T. Wessel, and C. Zechert, eds. Pp.  
57-67. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Wesselmann, Carla  
2009 Biografische Verläufe und Handlungsmuster wohnungsloser Frauen: im  
Kontext extrem asymmetrischer Machtbalancen. Opladen & Farmington Hills:  
Budrich.
- Wittchen, Hans-Ulrich; Jacobi, Frank  
2005 Size and burden of mental disorders in Europe - a critical review and appraisal  
of 27 studies. European Neuropsychopharmacology 15:357-376.

- Wolf, J.; Burnam, A.; Koegel, P.; Hollenberg, J.  
2001 Changes in subjective quality of life among homeless adults who obtain housing: a prospective examination *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 36:391-398.
- Wolff, Nancy; Helminiak, Thomas W.; Morse, Gary A.; Calsyn, Robert; Klinkenberg, Dean; Trusty, Michael L.  
1997 Cost-Effectiveness Evaluation of Three Approaches to Case Management for Homeless Mentally Ill Clients. *American Journal of Psychiatric* 154:3:341-348.
- World Health Organization  
2001 The World Health Report. Mental Health, New Understanding, New Hope. Genf: World Health Organization.
- Wrede-Büntjen, Detlef  
O.J. Informationen über die Aufgaben des Sozialpsychiatrischen Dienstes (SpD), (unveröffentlicht).
- Zimmermann, Ralf-Bruno  
2008 Klinische Sozialarbeit und Sozialpsychiatrie. *In* Klinische Sozialarbeit. K. Ortman and D. Röh, eds. Pp. 207-222. Freiburg: Lambertus.

## Rechtsquellen:

- Bürgerliches Gesetzbuch (BGB),  
56. Auflage, dtv, Beck, München 2005.
- Hamburgisches Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (HmbPsychKG). Vom 27. September 1995.
- Sozialgesetzbuch (SGB)  
Zwölftes Buch (XII). Sozialhilfe.
- Sozialgesetzbuch (SGB)  
Neuntes Buch (IX). Sozialhilfe.
- Gemeinsamer Bundesausschuss. 2004. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Umsetzung der Regelungen in § 62 für schwerwiegend chronisch Erkrankte („Chroniker-Richtlinie“). in der Fassung vom 22. Januar 2004.

# **Anhang**

## **Anhang 1**

**Anschreiben an die Interviewpartner**

## **Anhang 2**

**Interviewleitfaden**

## **Anhang 3**

**Exemplarischer Auszug aus dem  
Methodensegment der zusammenfassenden  
Inhaltsanalyse**

## **Anhang 4**

**Transkriptionszeichen**

## **Anhang 5**

**Transkripte der vier Interviews**

## - Anhang 1 -

Herr ...  
Straße  
Ort

Hamburg, den 24.04.2011

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich studiere an der HAW Hamburg ‚Soziale Arbeit‘ und untersuche im Rahmen meiner Masterarbeit wie sich das komplementäre Hilfesystem für psychisch kranke wohnungslose Menschen in Hamburg darstellt.

Im Zuge der Untersuchung soll die besondere Lebenssituation der Betroffenen erfasst und eventuell herausgearbeitet werden, wie die bestehenden Hilfen auf den Hilfebedarf der mehrfach benachteiligten Gruppe zugeschnitten werden können.

Für meine weitere Untersuchung bitte ich Sie um Ihre Unterstützung: Ich würde gerne mit Ihnen - als Experte - ein Gespräch zum Thema „Wohnungslos und psychisch krank“ führen, um zu erfragen, was Sie persönlich von diesem Thema halten und inwieweit es Ihre Arbeit beeinflusst. Im Rahmen meiner Arbeit sollen insgesamt mindestens vier Experten befragt werden, so dass am Ende unterschiedliche Sichtweisen miteinander konfrontiert und ausgewertet werden können.

Ich hoffe sehr, dass Sie Zeit finden, mein Vorhaben zu unterstützen und werde mich in den nächsten Tagen telefonisch bei Ihnen melden, um gegebenenfalls einen Termin zu vereinbaren.

Ich verbleibe mit freundlichen Grüßen  
Ihr

Tilman Schnaidt  
Sozialarbeiter/ Sozialpädagoge BA  
Methfesselstr. 8  
20257 Hamburg  
0176-23331441  
tschnaidt@googlemail.com

## - Anhang 2 -

### Interviewleitfaden

#### **Einstieg: Beschreibung ihrer Tätigkeit**

#### **Lebenssituation des Klientels**

- Sehen sie ein Zusammenhang zwischen psychischer Erkrankung und Wohnungslosigkeit. Wenn ja welchen?
  - Kausalität? Bedingungsgefüge?
- Studien aus Deutschland und USA zeigen, dass ca. 75% der Wohnungslosen psychisch krank sind. Es handelt sich demnach um ein Klientel mit vielfältigen Problemlagen.
  - Stimmen Ihre Erfahrungen mit diesen Zahlen überein?
  - (Studien glaubhaft, oder z.B. durch die Anpassung an die extremen Lebensbedingungen falsch interpretiert. (Die Lebenssituation der Wohnungslosigkeit kann nicht an Maßstäben des „normalen“ Lebens gemessen werden.)))
  - Krankheitseinsicht?
- In der Fachliteratur ist häufig die Rede von einem Teufelskreis der Exklusion, der, abhängig von der Dauer der Wohnungslosigkeit, kaum mehr zu durchbrechen ist. Inwiefern können sie die Aussage mit ihren Erfahrungen unterstützen?
- Welche Geschlechtsunterschiede sehen sie bei dem betroffenen Personenkreis
- Können Sie aus ihrer Erfahrung die hohe Quote an Komorbidität bestätigen?
  - Mehrere psychische Erkrankungen
  - Psychische Erkrankung in Verbindung mit Suchterkrankung.

#### **Zugangsmöglichkeiten und Nutzung komplementärer Einrichtungen und Angebote**

- Welche generelle Angebote sind Ihnen bekannt und werden vom Klientel genutzt (maßgebliche Hilfesysteme)
  - Z.B. niedrighschwellige Angebote gut ausgelastet
  - Vermehrte Nutzung von Angeboten der Wohnungslosenhilfe? → Bezug zur Krankheitseinsicht
  - Gründe? (bessere Akzeptanz des Etiketts „Wohnungslos“ als „psychisch Krank“?)
- Welche komplementären Angebote gibt es? – sind ihnen bekannt?

- Welche Angebote werden vermehrt angenommen?
- Wie schätzen Sie die Erreichbarkeit des Klientels ein?
  - Gründe?
  - Defizite, Verbesserungsvorschläge

**Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen des komplementären Systems und anderen Systemen. (Psychiatrie, Suchtkrankenhilfe, Wohnungslosenhilfe)**

- Gibt es eine funktionierende Kooperation?
  - Zuständigkeitsgerangel?
  - In Konzeption vorgesehen? Wird auch umgesetzt?
  - Defizite, Verbesserungsvorschläge
  - (Probleme durch eventuelle Statusunterschiede (Arzt-Sozialarbeiter))
- Verbesserungsvorschläge?

**Probleme / Defizite**

- Sehen Sie Defizite in der Gesetzgebung?
- Sehen sie Probleme in der Rechtsverwirklichung, also der Umsetzung der bestehenden Gesetze?
- Bezügl. der Starren Versäulung des Hilfesystems?
  - Hilfesystem sehr spezialisiert, problematisch wenn Zielgruppe vielfältige Problemlagen?
- Verbesserungsvorschläge?

**Verbesserungsvorschläge**

- Mehr therapeutische Versorgung nötig, da so hohe Zahlen an psychischen Erkrankungen. ?
- Wäre Eingliederungshilfe notwendig?
- Inwiefern schätzen Sie die Methode des Case Management bei der Arbeit mit dem Klientel als geeignet ein?
- Veränderung in den letzten Jahren? → Reform des Hilfesystems 2005

Haben sie abschließend noch etwas hinzuzufügen?

**- Anhang 3 -**

	<b>Paraphrase</b>	<b>Generalisierung</b>	<b>Reduktion</b>
S. 8 Z. 19- 22	Und die Männer, bei denen setzt die Erkrankung auch oft ein, in einer Lebensphase wo sie sich noch nicht/ irgendwie ne eigene soziale Bezüge aufgebaut haben. Die fallen auch noch schneller raus. Die Frauen dagegen haben oft schon Ausbildungen, haben vielleicht schon geheiratet, haben schon n Kind und dann knallts los,	Bei Männern Erkrankung in Lebensphase wo wenige soziale Bezüge → fallen schneller raus.  Bei Frauen später	<u>Geschlechtsunterschiede:</u>  -Bei Männern früher, fallen schneller raus, da weniger sozial Bezüge  -bei Frauen später
S. 9 Z. 43f.	Die nutzen fast keine. Und dann sind sie auf der Straße. Also die Kunst ist ja, ob man sie eben ins psychiatrische System bekommt, ob sie das wollen, ob sie das annehmen können.	Fast keine Nutzung komplementärer Einrichtungen. Kommen kaum ins psychiatrische System	<u>Hilfesysteme:</u>  -fast keine Nutzung  -wollen nicht oder können es nicht annehmen
S. Z. 48ff.	und das sind doch wenige, das/ das geht eigentlich nur, wenn sie erst jemanden in der Klinik haben. Und eventuell ist er dann /äh/ bereit sich wirklich behandeln zu lassen und dann auch weitere psychiatrische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Das sind aber nur wenige.	Nur wenn vorher in einer Klinik. Das sind wenige.	-sehr wenige  -nur wenn vorher Klinik-aufenthalt
S. 10 Z.13 -16	Und dann sorg ich natürlich dafür, dass die auch schnell wieder Hilfe kriegen. Und die kann man dann auch in die Ambulanz zum Beispiel schicken von (Name einer psychiatrischen Klinik), das funktioniert ziemlich gut	(Name einer Psychiaterin) sorgt für schnelle Hilfe, zum Beispiel Ambulanz einer Klinik	<u>Arbeit mit dem Klientel.</u>  -Koordinationsfunktion  -schnelle Hilfe
S.11 Z. 4- 8	Aber bis sie jemanden da im System haben, ist es ein ganz weiter Weg. Also ich hab eher mal Leute, die sich in gewisser Weise stabilisieren und dann /äh/ von der Straße wegkommen und im (Einrichtung mit Wohnraum für Wohnungslose) oder im (Einrichtung mit Wohnraum für Wohnungslose) zu Recht kommen. Aber die sind damit nicht im psychiatrischen Hilfesystem, sondern die sind dann wenigstens im Obdachlosenhilfesystem.	Weiter Weg ins psych. System. Eher Leute die sich stabilisieren im Wohnungslosensystem	<u>Hilfesystem:</u>  -weiter weg  -eher Stabilisierung in Wohnungslosensystem



## - Anhang 4 -

### Transkriptionszeichen

I: Interviewer

/äh/ /ähm/ Planungspausen

(kurze Pause)

(Pause)

(lange Pause)

WORT Betonung

(Wort) unverständlicher Wortlaut

( ) unverständlich

Unun/ Wortabbruch

(lacht) Nichtsprachliche Handlungen

/ Bruch im Redefluss

