



Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Hamburg University of Applied Sciences

»Wohnungslos und psychisch krank«

Herausforderungen und Perspektiven in der Zusammenarbeit von
Wohnungslosenhilfe und Psychiatrie in Hamburg

Bachelorarbeit an der
Fakultät Wirtschaft und Soziales
Department Soziale Arbeit

Vorgelegt von

Kristin Garbsch
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

Vorgelegt am

26. Februar 2010

Betreuender Prüfer

Prof. Dr. Harald Ansen

Zweite Prüfende

Prof. Dr. Marion Panitzsch-Wiebe

INHALTSVERZEICHNIS

Abbildungsverzeichnis.....	III
1 Einleitung.....	1
1.1 Problemstellung und Zielsetzung.....	1
1.2 Aufbau der Arbeit	2
2 Grundlagen	3
2.1 Besonderheiten im Umgang mit dem Personenkreis	3
2.1.1 Wohnungslosigkeit	3
2.1.2 Psychische Erkrankungen bei Wohnungslosen.....	4
2.1.3 Die Lebenslage psychisch kranker Wohnungsloser	6
2.2 Gesetzliche Rahmenbedingungen.....	8
2.2.1 Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten	8
2.2.2 Eingliederungshilfe für behinderte Menschen.....	9
2.2.3 Zusammenfassende Darstellung der Hilfeleistungen.....	10
2.3 Das Hilfesystem für psychisch kranke Wohnungslose in Hamburg.....	12
2.3.1 Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe	12
2.3.2 Psychiatrische Hilfen für wohnungslose Menschen	14
3 Die Zusammenarbeit von Wohnungslosenhilfe und Psychiatrie in Hamburg	16
3.1 Dokumentation des Untersuchungsprozesses.....	16
3.1.1 Die Erhebung der Daten.....	16
3.1.2 Auswertung des Materials	18
3.2 Darstellung der Ergebnisse	21
3.2.1 Die Zusammenarbeit von Fachdienst und Adressat	21
3.2.2 Fallbezogene Kooperation der unterschiedlichen Einrichtungen	24
3.2.3 Allgemeine Formen der Kooperation	25
3.2.4 Einschätzung der Zusammenarbeit.....	26
3.2.5 Qualität der Versorgung	28
3.2.6 Möglichkeiten für eine Weiterentwicklung.....	32
3.2.7 Zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse	34

4 Ansätze zur Verbesserung der Zusammenarbeit von Wohnungslosenhilfe und Psychiatrie	35
4.1 Problemdarstellung.....	35
4.2 Voraussetzungen für eine gelingende Kooperation	38
4.3 Darstellung zweier Vorgehensweisen für eine gelingende Kooperation	41
4.3.1 Das Kölner Kooperationsmodell – Hotel Plus	41
4.3.2 Case Management.....	44
5 Ausblick für Hamburg	48
Literaturverzeichnis	50
Ehrenwörtliche Erklärung	54

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abb. 1:	Krankheitsbilder wohnungsloser Menschen in der Hamburger Innenstadt.....	6
Abb. 2:	Phasen des Case Managements nach Neuffer.....	45

1 Einleitung

1.1 Problemstellung und Zielsetzung

Wohnungslose Menschen sind ein Teil unserer Gesellschaft. Sie gehören zum Bild der meisten Großstädte, so auch in Hamburg. Einige von ihnen sind für jedermann präsent in den Zentren der Städte und sind irgendwie auffällig. Mitten unter uns und doch am Rande des gesellschaftlichen Lebens angekommen, zeigen sie die wohl extremste Form von Armut auf und geben ihr ein Bild. Oft an den hohen Anforderungen der modernen Industrie- und Dienstleistungsgesellschaft gescheitert, finden sie am Ende der Abwärtsspirale kaum noch Zugang zum sozialen Sicherungssystem des Sozialstaates. Die Menschen und die Ursachen sind sehr unterschiedlich. Persönliche und soziale Defizite in Verbindung mit kritischen Lebensereignissen sind nur Teile eines Ursachengeflechts, die Wohnungslosigkeit begünstigen (vgl. Ansen 2007: 92 f.).

Als Handlungsfeld der Sozialen Arbeit ist die Wohnungslosenhilfe in erster Linie das System, dem Menschen ohne Wohnraum zuzuordnen sind. So unterschiedlich die Problemstellungen sind, so unterschiedlich sind auch die Hilfebedarfe der Menschen. Ein Teil von ihnen bedarf eigentlich psychologische oder psychiatrische Behandlung (vgl. Lutz/ Simon 2007: 99). Die Wohnungslosenhilfe kann diesen Anforderungen nicht zielgerichtet entsprechen. Es handelt sich hierbei um Menschen, die aufgrund ihrer Situation eigentlich zwei Hilfesystemen zuzuordnen sind: der Wohnungslosenhilfe und der Psychiatrie. Zwei voneinander getrennte Bereiche des bundesdeutschen Gesundheits- und Sozialversorgungssystems sind hier angesprochen (vgl. Salize 2005: 127). Diese Trennung kann erhebliche Ausmaße für einen Menschen haben, der sich in einer Lage befindet, die eine Versorgung in beiden Bereichen erfordert. Sie bewegen sich zwischen den Systemen und gelten als besonders beeinträchtigt und nur schwer behandelbar (vgl. Eikemann/ Reker/ Zacharias 2002: 49). Ein Teil psychisch kranker Wohnungsloser lebt ohne soziale und psychiatrische Hilfe auf den Straßen unserer Städte (vgl. Nouvertné 2002: 171). Andere bewegen sich zwischen einer falschen Unterkunft in der Wohnungslosenhilfe und einer Akutversorgung in der Psychiatrie hin und her. Sie werden auch als Drehtürpatienten bezeichnet und führen uns vor Augen was passiert, wenn sich die Probleme eines Menschen nicht an die per Gesetz definierten Aussagen für eine Hilfeleistung halten. Als unterste Stufe des sozialen Sicherungssystems ist die Wohnungslosenhilfe de facto für diese Menschen zuständig. Betroffene bleiben hier psychiatrisch unversorgt, weshalb eine Koordination sämtlicher Hilfemaßnahmen von besonderem Stellenwert ist.

Geleitet von der Annahme, dass der Personenkreis der psychisch kranken Wohnungslosen Ausdruck einer mangelnden Versorgung durch das Hilfesystem ist, widmet sich diese Arbeit den Anforderungen, die sich durch die Betroffenen für das Hilfesystem ergeben. Am Beispiel

Hamburg soll die Zusammenarbeit von Wohnungslosenhilfe und Psychiatrie näher beleuchtet und dargestellt werden. Ziel der Arbeit ist es ein grundlegendes Verständnis der Zusammenarbeit von Wohnungslosenhilfe und Psychiatrie in Hamburg zu gewinnen, um mit Hilfe dieser Rekonstruktion Rückschlüsse auf mögliche Schnittstellenprobleme im Hilfesystem aufzudecken. Es wird der Frage nachgegangen welche Probleme innerhalb der Kooperation zu Versorgungsbarrieren führen, um Voraussetzungen für eine gelingende Kooperation zu erarbeiten.

1.2 Aufbau der Arbeit

Im Anschluss an diese Einleitung werden die Grundlagen für die vorliegende Arbeit erläutert. Hierzu zählt eine genauere Betrachtung des besonderen Personenkreises. Mit Hilfe der gesetzlichen Rahmenbedingungen können Rückschlüsse auf die Struktur des Hilfesystems gezogen werden. Im Anschluss daran werden die Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe sowie die psychiatrischen Hilfen für wohnungslose Menschen in Hamburg aufgezeigt. Kapitel drei dient der Darstellung der Ergebnisse der qualitativ durchgeführten Interviews von Experten aus verschiedenen Bereichen der Arbeit mit psychisch kranken Wohnungslosen. Nach einer Begründung der Vorgehensweise werden die Ergebnisse der Expertenbefragung dargestellt und zusammengefasst. Im Anschluss daran erfolgt in Kapitel vier Problemdarstellung mit Hilfe des aktuellen Forschungsstandes der Literatur sowie des Interviewmaterials. Hieraus ergeben sich Voraussetzungen für eine gelingende Kooperation zur Sicherstellung des Versorgungsauftrages. Die Darstellung zweier Vorgehensweisen ermöglicht eine Ableitung für einen Ausblick einer gelingenden Kooperation zwischen Wohnungslosenhilfe und psychiatrischer Hilfe in Hamburg.

Auf eine geschlechtsspezifische Schreibweise wurde verzichtet. Wenn von Wohnungslosen gesprochen wird, so sind damit Frauen und Männer gemeint. Wird allein eine männliche Form genutzt, so liegt dies in der besseren Lesbarkeit begründet. Den Unterschiedlichkeiten weiblicher Wohnungslosigkeit bewusst, wurde keine geschlechtsspezifische Differenzierung in den Ausführungen des Personenkreises vorgenommen, da sich die Arbeit primär den Strukturen des Hilfesystems widmet.

2 Grundlagen

Dieses Kapitel bildet die Grundlage zur Behandlung des Themas »wohnungslos und psychisch krank«. Neben Besonderheiten im Umgang mit dem Personenkreis werden die rechtlichen Eckpfeiler des Hilfesystems sowie die entsprechenden Einrichtungen in Hamburg dargestellt.

2.1 Besonderheiten im Umgang mit dem Personenkreis

2.1.1 Wohnungslosigkeit

In der Alltagssprache werden die Begriffe Wohnungslosigkeit und Obdachlosigkeit oft synonym verwendet. Beide beinhalten das Problem des Wohnungsverlustes, unterscheiden sich dennoch in ihrem Status vor allem in Hinblick auf die rechtliche Grundlage im Hilfesystem und erfordern somit eine Abgrenzung.

Von Obdachlosigkeit betroffen sind demnach Menschen, die ihre Wohnung verlieren. Der Verlust der Wohnung kann hierbei durch unterschiedliche Gegebenheiten ausgelöst werden, wie etwa Naturkatastrophen oder Brände. Da Obdachlosigkeit als Ordnungswidrigkeit gilt, ist die jeweilige Kommune zur Beseitigung des Mangels an Wohnraum zuständig. Demnach werden Not- und Ersatzunterkünfte gestellt, um den vorübergehenden Mangel auszugleichen. Obdachlose sind daher nicht in einer Einrichtung des Wohnungslosenhilfesystems untergebracht und leben nicht auf der Straße (vgl. Lutz/ Simon 2007: 90 f.).

Wohnungslosigkeit beinhaltet neben dem Mangel an eigenem Wohnraum zudem eine Lebenslage, die durch besondere soziale Schwierigkeiten gekennzeichnet ist und Maßnahmen zur Wiedereingliederung erfordern. Wohnungslose Menschen sind eine Teilgruppe der sogenannten Wohnungsnotfälle, welche in der Definition des Forschungsverbundes »Wohnungslosigkeit und Hilfen in Wohnungsnotfällen« differenziert betrachtet werden. *Wohnungsnotfälle* sind demnach Personen oder Haushalte, die durch einen Wohnungsbedarf von hoher Dringlichkeit gekennzeichnet sind sowie aufgrund von besonderen Zugangsproblemen einer besonderen institutionellen Unterstützung zur Beschaffung und zum Erhalt von angemessenem Wohnraum bedürfen. Dazu zählen Personen oder Haushalte, die (vgl. Forschungsverbund Wohnungslosigkeit und Hilfen in Wohnungsnotfällen 2005: 8 ff.)

- aktuell von Wohnungslosigkeit betroffen sind, da sie weder über eine eigene mietrechtlich abgesicherte Wohnung oder Wohneigentum verfügen noch institutionell untergebracht sind (vorübergehend bei Freunden oder Bekannten untergekommen oder ohne jegliche Unterkunft auf der Straße leben) oder ohne mietrechtlich abgesicherte Wohnung oder Wohneigentum leben aber aufgrund ihrer Notlage institutionell untergebracht sind,

- unmittelbar von Wohnungslosigkeit bedroht sind, da der Verlust der derzeitigen Wohnung unmittelbar bevorsteht wegen Kündigung des Vermieters, einer Räumungsklage, einer Zwangsräumung oder aus sonstigen zwingenden Gründen (z. B. bei Gewalt oder eskalierten sozialen Konflikten),
- in unzumutbaren Wohnverhältnissen leben,
- als Zuwanderer in gesonderten Unterkünften von Wohnungslosigkeit aktuell betroffen sind,
- ehemals von Wohnungslosigkeit betroffen oder bedroht waren, mit Normalwohnraum versorgt wurden und auf Unterstützung zur Prävention von erneutem Wohnungsverlust angewiesen sind.

Da es in Deutschland keine bundeseinheitliche Wohnungsnotfallstatistik gibt, kann das Ausmaß von Wohnungslosigkeit nur geschätzt werden. Die Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe (BAG Wohnungslosenhilfe) veröffentlicht jedes Jahr eine Schätzung zur Zahl der Wohnungslosen. Demnach betrug 2008 die Zahl der Wohnungsnotfälle ca. 330.000, wovon ca. 227.000 zu den Wohnungslosen und ca. 103.000 zu den von Wohnungslosigkeit bedrohten Menschen gehörten. Davon lebten ca. 20.000 Menschen ohne jegliche Unterkunft auf der Straße (vgl. BAG Wohnungslosenhilfe 2009).

Eine im August 2009 veröffentlichte empirische Untersuchung, durchgeführt im Auftrag der Freien und Hansestadt Hamburg, soll Information zum Umfang der in Hamburg auf der Straße lebenden Menschen liefern. Demnach beläuft sich die Anzahl auf ca. 1029 Menschen, wobei es sich auch hier lediglich um einen Schätzwert handelt. Dieser Zählung gehören ausschließlich die Personen an, die sich zum Zeitpunkt der Befragung in den jeweiligen Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe aufhielten. Da davon auszugehen ist, dass ein Teil der Hamburger Wohnungslosen keine institutionellen Hilfen in Anspruch nimmt oder zum Zeitpunkt der Befragung nicht in den hiesigen Einrichtungen anwesend war, handelt es sich hier um die Untergrenze der Anzahl auf der Straße lebenden Menschen in Hamburg. Werden die Personen, die zum Stichtag in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe untergebracht waren, hinzugezogen, so ist von einer Untergrenze von 3953 Menschen auszugehen (vgl. Schaak 2009: 16 ff.).

2.1.2 Psychische Erkrankungen bei Wohnungslosen

Etwa zehn Prozent der Bevölkerung Deutschlands begibt sich jährlich aufgrund einer psychischen Beeinträchtigung in ambulante Behandlung und mehr als ein halbes Prozent der Bevölkerung wird jährlich in psychiatrischen Krankenhäusern und Abteilungen aufgenommen (vgl. Aktion Psychisch Kranke e. V.). Unterschiedliche Studien zu psychischen Erkrankungen bei Wohnungslosigkeit haben ergeben, dass 70 bis 95 Prozent der Befragten zumindest eine

psychiatrische Auffälligkeit aufweisen. Alkoholbedingte Störungen (44 % bis 90 %) sowie depressive Störungen (20 % bis 27 %) überwiegen, gefolgt von Störungen durch Drogenmissbrauch (13 % bis 31 %), schizophrenen Störungen (4 % bis 14 %) und hirnorganischen bzw. demenziellen Störungen (4 % bis 9 %). Nach bisherigen Untersuchungen ist festzustellen, dass bei der Mehrzahl der wohnungslosen Menschen mehr als eine psychische Auffälligkeit vorhanden ist. Es ist insbesondere das gleichzeitige Auftreten einer Psychose in Verbindung mit einer Störung durch psychotrope Substanzen zu beobachten. Wohnungslose mit psychiatrischer Komorbidität gelten als besonders beeinträchtigt, gefährdet und nur schwer behandelbar (vgl. Eikelmann et al. 2002: 47 ff.). Ein bis zwei Drittel der wohnungslosen Menschen in den Industrieländern leiden an schweren psychischen Störungen. Diese Tatsache lässt Rückschlüsse auf eine erhöhte Anfälligkeit des Wohnraumverlustes bei psychischer Erkrankung sowie auf die starke psychische Belastung eines Lebens auf der Straße zu (vgl. ebd.: 55).

In einer 1997 in Mannheim durchgeführten Untersuchung zum Versorgungsbedarf psychisch kranker Wohnungsloser wurden 102 alleinstehende männliche Wohnungslose untersucht. Mehr als zwei Drittel des untersuchten Personenkreises hatte eine psychische Störung, die als behandlungsbedürftig eingestuft wurde. Davon waren 34,3 % mindestens von einer Störung aus dem Suchtbereich ohne weitere psychische Erkrankung betroffen und bei 21,6 % bestand eine Abhängigkeitserkrankung in Verbindung mit einer oder mehrerer psychiatrischen Diagnosen. Bei 12,7 % der untersuchten Personengruppe wurde eine psychische Erkrankung ohne Suchthintergrund diagnostiziert (vgl. Salize et al. 2002: 31 f.). Die im Jahr 1989 in München erhobenen Ergebnisse kommen zu dem Ergebnis, dass 94,5 % der untersuchten Wohnungslosen eine psychische Auffälligkeit zeigen. Auch hier zu meist in den Kategorien des Substanzmittelmissbrauchs gefolgt von affektiven Erkrankungen, Angsterkrankungen sowie Schizophrenie. Mindestens zwei psychiatrische Diagnosen waren bei 29,4 % festzustellen (vgl. Fichter 2000: 583). Es ist zu vermuten, dass Krankheitshäufigkeit bei den Menschen, die ohne jegliche Unterkunft auf der Straße leben und keine Hilfe in Anspruch nehmen, am höchsten ist. Inwiefern dieser spezielle Personenkreis in den vorliegenden Studien berücksichtigt wurde, ist unklar.

Eine empirische Untersuchung für den Umfang psychischer Erkrankungen bei Wohnungslosen für Hamburg gibt es nicht. Die »Psychiatrische Straßenvsited« für wohnungslose Menschen in der Hamburger Innenstadt hat in den ersten 15 Monaten seit Projektbeginn zu 88 psychisch auffälligen Wohnungslosen Kontakt hergestellt, wobei einmalige und oberflächliche Kontakte nicht enthalten sind. 84 Fälle sind einer einstelligen ICD-10-Diagnose zugeordnet worden, in vier Fällen konnte bis zum Zeitpunkt der Veröffentlichung keine hinreichend begründete Diagnose gestellt werden. Eine Suchterkrankung liegt demnach bei 43 von 84

Personen vor, wobei bei 18 von ihnen eine Suchterkrankung ohne eine weitere psychische Störung vorliegt und bei 25 Personen der Verdacht auf eine Suchterkrankung in Verbindung mit einer anderen psychischen Auffälligkeit besteht. Bei 41 Personen, also fast der Hälfte, ist keine Suchtproblematik erkennbar. Schizophrene Psychosen sind bei 32 Personen diagnostiziert und bei 9 Personen eine andere psychische Störung ohne eine zusätzliche Suchterkrankung. Die Ergebnisse aus der Arbeit mit den Wohnungslosen aus der Hamburger Innenstadt spiegeln ein anderes Bild wider als die Ergebnisse aus den zuvor erwähnten Studien. Zu erkennen ist vor allem der wesentlich geringere Anteil an Suchterkrankungen sowie eine deutliche Mehrzahl an diagnostizierten schizophrenen Psychosen (vgl. Freudenberg 2009: 27 f.).

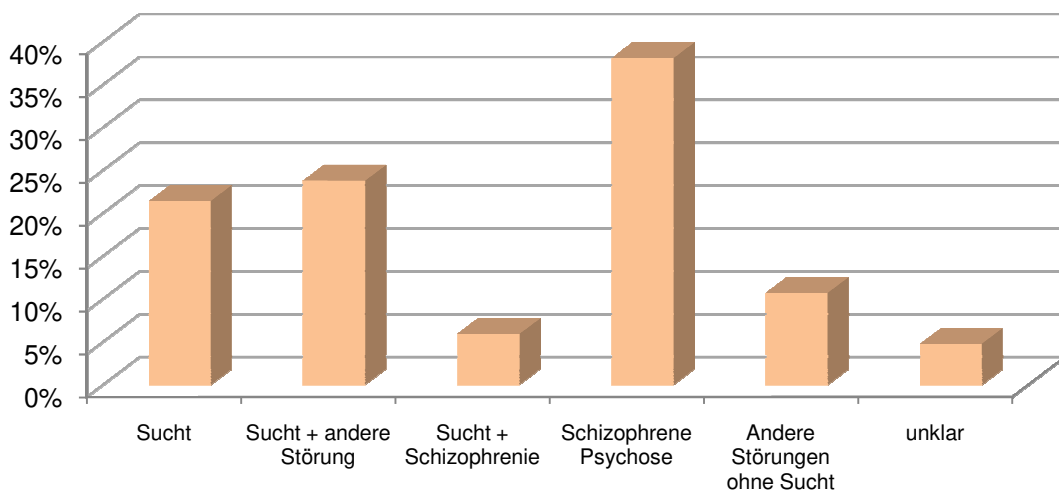


Abb. 1: Krankheitsbilder wohnungsloser Menschen in der Hamburger Innenstadt

Quelle: In Anlehnung an: Freudenberg 2009: 28

2.1.3 Die Lebenslage psychisch kranker Wohnungsloser

Wohnungslose Menschen verfügen über keinen eigenen mietrechtlich abgesicherten Wohnraum oder Wohneigentum, sind zum Teil institutionell untergebracht oder vorübergehend bei Freunden oder Bekannten untergekommen. Ein Teil von Ihnen lebt ohne jegliche Unterkunft auf der Straße, in verlassenen Gartenlauben, unter Brücken o. ä. Wie soeben dargestellt, ist ein erheblicher Teil von ihnen mehrfach belastet, psychisch und auch sozial. Es wird vor allem von drei Problemdimensionen ausgegangen: die aktuelle Lebenslage, der Hilfebiografie und dem Grad der psychosozialen Kompetenzen (vgl. Rosenke 2009: 22). Das Leben findet - je nach Ausprägung und Dauer der Wohnungslosigkeit - zumeist ausschließlich im Wohnungslosenmilieu statt. Die Bedingungen auf der Straße sind vor allem gekennzeichnet durch fehlenden Schutz und Sicherheit der eigenen Existenz und des Eigentums sowie vor der Witterung, fehlende Intimität und Rückzugsmöglichkeit, Armut, Arbeitslosigkeit, Opfer

von Gewaltübergriffen, Kriminalität und Gesundheitsschäden (vgl. Kellinghaus 2000: 17 ff.). Eine Anbindung an das Hilfesystem ist oftmals nicht gegeben. Fragen der unmittelbaren Existenzsicherung (Essen, Schlafen, Schutz vor Witterung und Gewalt) treten in den Vordergrund und zerren die individuelle Lebensenergie auf. Mehrfach gescheiterte Therapieversuche und Erfahrungen mit dem Hilfesystem kommen hinzu und verfestigen die desolate Situation. Der Grad der psychosozialen Kompetenzen ist häufig geprägt durch Verhaltensauffälligkeiten, hygienische Verwahrlosung sowie eine geringe Lernfähigkeit sozialer Kompetenzen u. ä. (vgl. Rosenke 2009: 22).

Häufig durch alle Maschen des sozialen Sicherungssystems gefallen, findet das Leben seit vielen Jahren auf der Straße statt und ist als extremste Form von Wohnungslosigkeit zu beschreiben. Laut Dorothee Freudenberg leben allein in der Hamburger Innenstadt sieben Menschen seit mindestens zehn Jahren auf der Straße, wovon vier von ihnen 65 Jahre oder älter sind. »Sie alle sind erheblich verwahrlost und körperlich in einem schlechten Zustand, oft mit geschwollenen und auch offenen Beinen. Das vielfältige Angebot niedrigschwelliger Hilfen nehmen sie nicht an, sondern ernähren sich von Essensresten aus den Mülleimern und dem, was mitleidige Passanten ihnen hinstellen.« (Freudenberg 2009: 28). In den meisten Fällen lässt sich eine langjährige, unbehandelte schizophrene Psychose als Ursache für das Elend vermuten (vgl. Freudenberg 2009: 28). Die Symptome der Krankheit hindern die Menschen an einer Veränderung ihrer Situation:

„Mit der Symptomatik aus lähmender Antriebslosigkeit, Ambivalenz und Entscheidungsunfähigkeit, weitgehendem Verlust an sozialer Kompetenz und Kontaktfähigkeit in Verbindung mit diffuser, oft auch wahnhafter Angst vor jeglicher Veränderung, lässt sich das reglose Verharren dieser einsamen, verelendeten Obdachlosen mitten im Krach und Gewühle der Hamburger City erklären. Sie sind nicht nur aus dem sozialen Hilfesystem herausgefallen, sondern haben seit Langem alle Beziehungen zu Angehörigen verloren und das Ausgestoßensein aus der Gesellschaft wird von manchen als wahnhaft erlebt. Es besteht eine fatale Wechselwirkung zwischen der psychotischen Symptomatik und den elenden, krankmachenden Lebensbedingungen auf der Straße.“ (Freudenberg 2009: 28)

Psychisch kranke Wohnungslose, die auf der Straße leben, sind demzufolge einer Lebenslage ausgesetzt, in der sich zwei Aspekte gegenseitig bedingen. Ihre Krankheit hindert sie daran selbstständig etwas an ihrer Situation zu verändern, die Wohnungslosigkeit verhindert eine Besserung der Krankheit.

2.2 Gesetzliche Rahmenbedingungen

2.2.1 Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten

Die Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten ist in den §§ 67, 68 SGB XII in Verbindung mit der entsprechenden Durchführungsordnung (DVO) geregelt. Im § 67 SGB XII ist der Personenkreis beschrieben, der zur Inanspruchnahme der Leistungen berechtigt ist:

§ 67 Leistungsberechtigte

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. (vgl. Bundesministerium der Justiz)

Demnach ist die Voraussetzung für einen Anspruch auf Hilfeleistung ein zeitgleiches Vorhandensein von besonderen Lebensverhältnissen und sozialen Schwierigkeiten. Der Anspruch besteht jedoch nur, wenn die Person nicht aus eigener Kraft zu dessen Bewältigung fähig ist. Soweit ein Anspruch nach anderen Vorschriften des SGB XII oder auf Maßnahmen der Kinder- und Jugendhilfe besteht, gehen diese den Leistungen nach §§ 67-69 SGB XII vor.

In der Durchführungsverordnung zum achten Kapitel des SGB XII ist in § 1 eine Abgrenzung des Personenkreises nach § 67 SGB XII vorgenommen. Nach § 1 Abs. 1 der DVO leben Personen in besonderen sozialen Schwierigkeiten, wenn sie sich in besonderen Lebensverhältnissen verbunden mit sozialen Schwierigkeiten befinden, so dass es für die Bewältigung der besonderen Lebensverhältnisse entscheidend ist, die sozialen Schwierigkeiten zu überwinden. Laut § 1 Art. 2 der DVO sind besondere Lebensverhältnisse bei fehlendem oder nicht ausreichendem Wohnraum, bei ungesicherter wirtschaftlicher Lebensgrundlage, bei gewaltgeprägten Lebensumständen, bei Entlassung aus einer geschlossenen Einrichtung oder bei vergleichbaren nachteiligen Umständen gegeben. Die Ursachen hierfür können sowohl in der eigenen Person als auch in äußeren Umständen liegen. Ist die Teilnahme am Leben der Gemeinschaft durch das eigene oder das Verhalten Dritter durch Ausgrenzung gekennzeichnet, so liegen soziale Schwierigkeiten gemäß § 1 Abs. 3 DVO vor. Besonderes Augenmerk liegt auf ausgrenzendes Verhalten im Zusammenhang mit den Bereichen Wohnen, Arbeit, soziale Beziehungen oder Straffälligkeit (vgl. Roscher 2008; 511). Nach Roscher handelt es sich bei besonderen Lebensverhältnissen um eine Mangelsituation in den Bereichen, die ein normales Leben in der gegenwärtigen Gesellschaft ermöglichen. Mit dem As-

pekt der sozialen Schwierigkeiten wird der Person-Umwelt-Austausch angesprochen. Es handelt sich um Schwierigkeiten in der Interaktion mit der sozialen Umwelt, die einer Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft entgegenstehen (vgl. ebd.: 496 f.). Ein Bedarf im Sinne des § 67 SGB XII liegt daher beim Zusammenwirken von nachteiligen Umweltbedingungen und individuellen sozialen Schwierigkeiten vor.

Im ersten Abschnitt des SGB I sind die Aufgaben des Sozialgesetzbuches und die sozialen Rechte bestimmt. An dieser Stelle sind im § 9 die Ziele der Sozialhilfe festgehalten, nach denen zur Selbsthilfe befähigt, die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft ermöglicht sowie die Führung eines menschenwürdigen Leben sichergestellt werden sollen.

Art und Umfang der Hilfen zur Überwindung sozialer Schwierigkeiten sind im § 68 SGB XII geregelt. Gemäß Abs. 1 sind alle Maßnahmen zur Abwendung, Beseitigung, Milderung oder Verschlimmerung der sozialen Schwierigkeiten zu treffen. Vorrangig ist die Beratung und persönliche Betreuung vor allem in den Bereichen Arbeit und Wohnen. Handlungsleitend sind auch hier die oben genannten Ziele nach § 9 SGB I, nach denen sich individuell Art und Umfang der Maßnahmen richten. Laut § 6 DVO ist ebenfalls Hilfe zum Aufbau und zur Aufrechterhaltung sozialer Beziehungen und zur Gestaltung des Alltags zu leisten (vgl. Roscher 2008: 513). Die Leistung ist gemäß § 68 Abs. 2 SGB XII ohne Berücksichtigung der Einkommens- und Vermögensverhältnisse des Hilfesuchenden und seiner Angehörigen zu erbringen. Die Verpflichtung zu einer sinnvollen Organisation des Hilfesystems ist in § 68 Abs. 3 SGB XII geregelt. Es handelt sich um die Organisation der Leistungen, die sich an der Problematik des Personenkreises nach § 67 SGB XII orientiert (vgl. Roscher 2008: 509).

2.2.2 Eingliederungshilfe für behinderte Menschen

Die Eingliederungshilfe für behinderte Menschen verfolgt grundsätzlich das gleiche Ziel wie die Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten: Die Integration des Leistungsberechtigten in die Gemeinschaft. Leistungsberechtigte sowie Art und Umfang der Leistungen sind in den §§ 53, 54 SGB XII und der dazugehörigen Durchführungsverordnung geregelt. Anspruchsberechtigt sind nach § 53 Abs. 1 SGB XII:

»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.« (Stascheit 2008: 347)

Von einer Behinderung im Sinne des § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX ist zu sprechen, »...wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist.« (Stascheit 2008: 1303) Eine wesentliche Einschränkung durch eine Behinderung liegt bei einer vorhandenen oder drohenden Ausgrenzung aus der Gemeinschaft vor. Nach § 3 der DVO ist eine wesentliche Einschränkung der Teilhabefähigkeit im Sinne des § 53 Abs. 1 SGB XII durch eine wesentlich seelische Behinderung gegeben durch (vgl. Stascheit 2008: 375):

- körperlich nicht begründbare Psychosen,
- seelische Störungen als Folge von Krankheiten oder Verletzungen des Gehirns, von Anfallsleiden oder von anderen Krankheiten oder körperlichen Beeinträchtigungen,
- Suchtkrankheiten,
- Neurosen und Persönlichkeitsstörungen.

Allein das Vorliegen oder die Bedrohung einer derart wesentlichen Behinderung allein reicht für die Erfüllung der Anspruchsgrundlage nicht aus. Wesentliche Voraussetzung für die Gewährung von Eingliederungshilfe ist zudem – unter Berücksichtigung der Besonderheit des Einzelfalles – die Aussicht auf Erfüllung der jeweiligen Ziele (vgl. ebd.: 347 f.). Es muss also erwartet werden, dass die Ziele, die mit der Eingliederungshilfe verfolgt werden, Aussicht auf Erfolg haben. Ist dies der Fall, so besteht ein Rechtsanspruch auf Eingliederungshilfe.

2.2.3 Zusammenfassende Darstellung der Hilfeleistungen

Die Integration des Leistungsberechtigten in die Gemeinschaft ist grundsätzliches Ziel beider Hilfeleistungen. Gemäß den oben aufgeführten Bestimmungen bezieht sich der Auftrag auf einen anderen Personenkreis. In den §§ 67 und 68 SGB XII ist eine Leistung im Sinne einer Unterstützung bei besonderen sozialen Schwierigkeiten zur Beseitigung, Milderung oder Verschlimmerung besonderer Lebensverhältnisse angesprochen, wobei die Fähigkeit dies aus eigenen Kräften zu tun nicht gegeben ist. Angesprochen ist den Ausführungen zufolge ein Leben in nachteiligen Umständen (besondere Lebensverhältnisse) in Verbindung mit ausgrenzendem Verhalten (soziale Schwierigkeiten). Die Unfähigkeit den Bedarf aus eigener Kraft zu beheben, kann sich sowohl auf die gegebenen Umstände auf dem Wohnungs- oder Arbeitsmarkt als auch auf eine mangelnde Fähigkeit zur Selbsthilfe beziehen (vgl. Roscher 2008: 497). Soziale Schwierigkeiten sollen abgewendet, beseitigt, gemildert oder eine Verschlimmerung verhütet werden. Der Hilfesuchende soll befähigt werden, seine sozialen Schwierigkeiten aus eigener Kraft zu überwinden, um ohne fremde Hilfe am Leben in der Gemeinschaft teilnehmen zu können.

Eingliederungshilfe im Sinne der §§ 53 und 54 SGB XII ist vorgesehen für Personen, die von einer feststellbaren körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung betroffen oder bedroht sind, welche in einem Zusammenhang mit einer deutlichen Einschränkung zum Leben in der Gemeinschaft stehen. Die Behinderung soll durch die Leistung verhütet, beseitigt oder gemildert werden, um eine Eingliederung in die Gesellschaft zu ermöglichen. Die Aussicht auf Erfolg durch die Hilfe ist hier wesentlicher Bestandteil der Hilfgewährung.

Zur Erreichung des jeweiligen Zieles sind in beiden Hilfeleistungen alle Maßnahmen zu treffen, wobei es Überschneidungen in den Maßnahmen gibt. Einzelne Leistungen beziehen sich jedoch lediglich auf eine der beiden Hilfearten. Während die Eingliederungshilfe von einem Zusammenhang zwischen Behinderung und Beeinträchtigung zur Teilhabe eines Lebens in der Gemeinschaft ausgeht, verfolgt die Hilfe nach den §§ 67 und 68 SGB XII den Zusammenhang eines Mangels in den Lebensverhältnissen verbunden mit Beeinträchtigungen der Beziehungen zum sozialen Umfeld. Im Focus steht bei der Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten die Unfähigkeit die Beeinträchtigung aus eigenen Kräften zu überwinden. Zentrales Anliegen ist die Befähigung zur Selbsthilfe und die Entwicklung der dazu notwendigen Fähigkeiten (vgl. Lippert 2001: 81 ff.; zit. n. Drgala 2008: 52). Die Integration des behinderten Menschen selbst ist somit als Ziel der Eingliederungshilfe höher einzustufen. Ein weiterer Unterschied ergibt sich aus den Anforderungen auf die Aussicht des Erfolgs der Hilfeleistung, wobei in der Hilfe nach §§ 67, 68 SGB XII eine Glaubhaftmachung auf das Erreichen des Hilfeziels ausreicht (vgl. Drgala 2008: 52 f.). Als Ausgangspunkt für Hilfe nach den §§ 67 ff. SGB XII genügt in der Regel das Vorhandensein von besonderen Lebensverhältnissen in Verbindung mit sozialen Schwierigkeiten und die Annahme der Hilfen von den Betroffenen. Die Leistungen sind orientiert an den Bedarfs- und Problemlagen von Wohnungslosen. Hilfen nach §§ 53 ff. SGB XII bedürfen einer fachärztlichen Diagnose sowie einer Bereitschaft des Betroffenen die Hilfe in Anspruch zu nehmen. Gefordert wird im Rahmen dieser Hilfeleistung die Erstellung eines Gesamthilfeplans. Den Schwierigkeiten, die sich aus einer Problemlage nach den §§ 67 ff. SGB XII ergeben, wird hier keine Rechnung getragen. Grundsätzlich ist der Zugang zu den Hilfen nach den §§ 67 ff. SGB XII als unkomplizierter und niedrighschwelliger gegenüber den Hilfen nach den §§ 53 ff. SGB XII einzuschätzen, für die der Einstieg in die Leistung durch unterschiedliche Barrieren gekennzeichnet sind (vgl. BAG Wohnungslosenhilfe 2008: 7).

Wesentlich ist somit, ob eine Beeinträchtigung an der Teilhabe an der Gemeinschaft durch Krankheit oder Behinderung bzw. durch einen Mangel an persönlichen Fähigkeiten auszumachen ist. Leistungsberechtigte nach den §§ 53, 54 SGB XII sind durch Defizite in der Person (Behinderung) gekennzeichnet, diejenigen nach §§ 67, 68 SGB XII durch ein gestörtes Verhältnis zur Umwelt (soziale Schwierigkeiten).

2.3 Das Hilfesystem für psychisch kranke Wohnungslose in Hamburg

2.3.1 Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe

Das Hamburger Wohnungslosenhilfesystem besteht aus drei zentralen Säulen: Prävention, Integration durch Wohnungsversorgung bzw. vorübergehende öffentliche Unterbringung und niedrigschwelligen Hilfen.

Prävention und Integration werden in Hamburg überwiegend durch die Fachstellen für Wohnungsnotfälle wahrgenommen. Diese wurden 2005 in der Form eingerichtet und sind vor allem für die Sicherung gefährdeter Mietverhältnisse, in dem bereits gekündigter oder durch Räumung gefährdeter Wohnraum durch die Übernahme von Mietschulden gesichert wird. Bei bereits wohnungslosen Menschen ist die Fachstelle für die Wohnungsintegration zuständig bzw. zur Bewilligung einer öffentlichen Unterbringung. Außerdem sind diese für die Ausstellung einer Dringlichkeitsbestätigung verantwortlich, welche den Zugang zu Wohnraum erleichtern soll. Durch einen Kooperationsvertrag der Stadt Hamburg mit zwölf Wohnungsunternehmen ist bei Vorlage eines Dringlichkeitsscheins oder –bestätigung eine besondere Notlage nachgewiesen und rechtfertigt eine bevorzugte Vermittlung. Darüber hinaus wird durch die Fachstellen an entsprechende Facheinrichtungen wie Sozialen Beratungsstellen, Schuldnerberatung, Hilfen der Eingliederungshilfe etc. vermittelt, um eine nachhaltige Sicherung des Wohnraums zu gewährleisten. (vgl. Schaak 2009: 4 f.). Grundlage für den Umfang und die Art der Hilfeleistung ist eine Einstufung der Wohnfähigkeit in den Stufen eins bis drei, wobei die Stufe drei Menschen mit den stärksten Problemlagen darstellt. Sollten die Problemlagen so stark verfestigt sein, so sind sie diesen drei Gruppen nicht zuzuordnen und verbleiben in öffentlicher Unterbringung bis eine passende Unterkunft (Behinderteneinrichtung, Altenpflegeheim o. ä.) organisiert werden kann (vgl. Hamburgische Bürgerschaft 2009: 1 f.). Dementsprechend ist die Fachstelle für Wohnungsnotfälle zuständig für Personen, die mit mehr oder weniger umfassender Hilfe als wohnfähig eingestuft werden. Nicht eingestufte Menschen gehören nicht zur Zielgruppe und wohnen in öffentlicher Unterbringung, auf der Straße o. ä.

Die Unterbringung erfolgt durch eine Notunterbringung bzw. durch teilstationäre oder stationäre Wohnformen. Realisiert werden die Angebote durch f & w fördern und wohnen AöR sowie durch die freien Wohlfahrtsverbände. In Hamburg gibt es grundsätzlich zwei Häuser, je eins für Frauen und Männer, die eine unbedingte Aufnahmeverpflichtung rund um die Uhr sicherstellen müssen. Es ist eine Notversorgung, die laut dem Hamburgischen Gesetz zum Schutz der öffentlichen Sicherheit und Ordnung sichergestellt sein muss. Das Gesetz unterscheidet zwischen freiwilliger und unfreiwilliger Obdachlosigkeit (vgl. Rogosch 2009: 29). Unfreiwillige Obdachlosigkeit kann eine konkrete Gefahr für die öffentliche Sicherheit darstel-

len (vgl. ebd.: 6) und ist somit durch eine menschenwürdige Obdachlosenunterkunft durch die zuständige Behörde verpflichtend abzuwenden (vgl. ebd.: 37 f.).

Daneben gibt es in Hamburg unterschiedliche Unterbringungen für wohnungslose Menschen, die stationären Charakter aufweisen. Finanziert werden diese in der Regel nach der Hilfe zur Unterstützung in besonderen sozialen Schwierigkeiten (§§ 67, 68 SGB XII). Beim Vorliegen einer psychischen Erkrankung wird die Hilfe nicht gewährt. Die Recherche zu den einzelnen Finanzierungsmöglichkeiten und Aufnahmekriterien hat ergeben, dass es einzelnen Einrichtungen seit einigen Jahren durch Verhandlung mit der zuständigen Behörde gelungen ist auch Personen über eine Finanzierung nach §§ 53, 54 SGB XII aufzunehmen.

In den teilstationären oder stationären Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe, die Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten leisten, erfolgt das Unterstützungsangebot im Rahmen eines vorübergehenden Wohnangebotes. Dies hat zum Ziel, dass die wohnungslosen Menschen ihre sozialen Schwierigkeiten verbessern und zu einem Leben in der Gemeinschaft befähigt werden.

Darüber hinaus gibt es unterschiedliche Wohnprojekte für Menschen mit besonderen sozialen Schwierigkeiten, für die es auf dem freien Wohnungsmarkt vorerst nicht möglich ist eine Unterkunft zu bekommen. In diesen Unterkünften kann in der Regel Beratung nach Bedarf in Anspruch genommen werden.

Die Sozialen Beratungsstellen bieten Hilfen zur Überwindung sozialer Schwierigkeiten in Form von offenen Sprechstunden, Straßensozialarbeit und persönlichen Hilfen im Sinne der §§ 67, 68 SGB XII an. Auch hier soll zur Bewältigung oftmals umfassender Problemlagen beigetragen werden, die aus eigener Kraft nicht bewerkstelligt werden können.

Die niedrigschwelligen Angebote sollen vor allem den Personenkreis ansprechen, der ohne jegliche Unterkunft auf der Straße lebt bzw. in Notunterkünften untergekommen ist. Die Angebote werden jedoch nicht nur durch wohnungslose Menschen in Anspruch genommen, sondern vielmehr auch durch Personen, die zwar über Wohnraum verfügen aber ebenso von Armut und sozialer Ausgrenzung betroffen sind. Zu den Angeboten gehören im Wesentlichen: Tagestreffpunkte, die Bahnmissionsmission, aufsuchende Hilfen in Form von Mobiler Hilfe zur gesundheitlichen Versorgung und zur Notversorgung mit Lebensmitteln sowie die Straßensozialarbeit und der Mitternachtsbus, Essenausgabestellen und Kleiderkammern (vgl. Schaak 2009: 7).

In den Monaten von November bis April gibt es neben den regulären Übernachtungsangeboten das so genannte Winternotprogramm, das als Erfrierungsschutz dienen soll. Es werden um die 200 Plätze zur Übernachtung entweder in Containern oder in der Wohnunterkunft

Sportallee zu Verfügung gestellt. In einem Container bzw. Zimmer werden in der Regel zwei bis drei Personen untergebracht (vgl. ebd. 6). In der Sportallee sowie in einzelnen anderen Unterkünften ist der Aufenthalt lediglich für abends und nachts vorgesehen, so dass die Betroffenen die Bleibe morgens verlassen müssen.

2.3.2 Psychiatrische Hilfen für wohnungslose Menschen

Das psychiatrische Hilfesystem gemäß der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach den §§ 53, 54 SGB XII verfügt über ambulante, teilstationäre sowie stationäre Angebote. Grundsätzlich richtet sich das Angebot an alle Menschen, die zu dem Personenkreis der Leistungsberechtigten gehören. Zur Bewilligung von Eingliederungshilfe ist grundsätzlich eine gutachterliche Stellungnahme des ärztlichen Dienstes des zuständigen Gesundheitsamtes notwendig. Sollte die Zugehörigkeit zum Personenkreis der für Eingliederungshilfe berechtigten Personen erfolgen, so ist gemäß § 58 SGB XII durch den Sozialhilfeträger ein Gesamtplan zu erstellen (vgl. Stascheit 2008: 349). Einer Bewilligung von Eingliederungshilfe für behinderte Menschen geht ein umfangreiches und langes Antrags- und Begutachtungsverfahren voraus. Dementsprechend ist ein gewisses Maß an Einsicht in die Behandlungsnotwendigkeit zwingend erforderlich.

Das Hamburgische Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (HmbPsychKG) regelt gemäß § 2 die gesetzlichen Grundlagen für Personen,

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

Demnach sollen die Hilfebedürftigen »(...) durch fachgerechte, der Art ihrer Erkrankung angemessene ärztliche und psychosoziale Beratung und Betreuung (Hilfe) dazu befähigt werden, ein menschenwürdiges Leben in der Gemeinschaft zu führen« (vgl. § 2 HmbPsychKG).

§ 3 HmbPsychKG regelt den Anspruch auf Hilfen nach dem Gesetz:

¹ Die zuständige Behörde hat die Hilfen anzubieten, sobald ihr bekannt wird, dass die Voraussetzungen hierfür vorliegen. ² Personen, die aufgrund ihrer psychischen Krankheit nicht in der Lage sind, sich selbst um Hilfen zu bemühen, sollen zu diesem Zweck durch Mitarbeiter der zuständigen Behörde aufgesucht werden.

³ Die zuständige Behörde hat sicherzustellen, dass die Hilfen den hilfebedürftigen Personen wohnortnah gewährt werden können. ⁴ Bei der Gewährung von Hilfen an Kinder und Jugendliche sind deren besondere Bedürfnisse zu berücksichtigen.

Mit denen im Gesetz definierten Aufgaben sind in Hamburg die Sozialpsychiatrischen Dienste des Gesundheitsamtes betraut. Diese nehmen vor allem Aufgaben in folgenden Bereichen wahr: Hilfe in Krisensituationen, telefonische Auskunft und Beratung, bei Bedarf Hausbesuche, Informationen und Vermittlung von Behandlungs- und Therapiemöglichkeiten, Information und Vermittlung von individuellen Hilfen, Beratung und Hilfestellung bei Fragen zum Betreuungs- und Unterbringungsrecht, Begutachtungen im Auftrag anderer Ämter und Behörden. Der Sozialpsychiatrische Dienst der Gesundheitsämter übernimmt somit vor allem Tätigkeiten in Krisensituationen, ist bei Selbst- oder Fremdgefährdung befugt in die Psychiatrie einzuweisen und übernimmt die Vermittlung einer adäquaten Hilfe.

Das Wohnprojekt „Die Münze“ verfügt über 16 Wohneinheiten für Menschen, die besondere soziale Schwierigkeiten haben und psychisch krank sind. Die Menschen verfügen über einen eigenen Untermietvertrag und können unter den bereits genannten Voraussetzungen Hilfen im Sinne der §§ 67, 68 oder 53, 54 SGB XII in Anspruch nehmen.

Eine ambulante Betreuung im Rahmen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen kann nach § 54 Abs. 1 SGB XII in Verbindung mit § 55 Abs. 1 und 2 Nr.3 und 6 SGB IX erfolgen. Voraussetzung für eine personenbezogene Leistung für psychisch kranke/ seelisch behinderte Menschen (PPM) ist ein Leben im eigenen Haushalt.

Niedrigschwellige Hilfen für psychisch kranke Wohnungslose erfolgt seit einigen Jahren in Form von psychiatrischen Sprechstunden. Einzelne Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe haben feste Sprechstunden mit kooperierenden Psychiatern erreichen können, andere haben die Möglichkeit psychiatrische Hilfe bei Bedarf zu konsultieren. Dadurch soll Hilfe dort sichergestellt sein wo sich die Bedürftigen aufhalten. Einerseits kann so einer Verfestigung der jeweiligen Erkrankung durch frühzeitige Behandlung entgegengesteuert werden, andererseits haben die Mitarbeiter aus der Wohnungslosenhilfe adäquate Ansprechpartner.

Seit Mai 2008 gibt es für die Hamburger Innenstadt das spendenfinanzierte Projekt „Psychiatrische Straßenvisite“, das über den Erlös von Sammeldosen in den Geschäften der Hamburger Innenstadt realisiert wird. Die beiden dort zuständigen Straßensozialarbeiter suchen gemeinsam mit einer Psychiaterin wohnungslose Menschen mit psychischen Auffälligkeiten auf, die dort auf der Straße leben. Es handelt sich hierbei um Menschen, die durch ihre psychische Erkrankung daran gehindert werden die entsprechenden Hilfeangebote in Anspruch zu nehmen. Im Focus der Arbeit steht der Kontakt- und Vertrauensaufbau, um den medizinischen sowie den sozialen Hilfe- und Interventionsbedarf abschätzen und entsprechende Hilfen vermitteln zu können (vgl. Freudenberg 2009: 27).

3 Die Zusammenarbeit von Wohnungslosenhilfe und Psychiatrie in Hamburg

Wie unterschiedliche Untersuchungen belegen, leiden Wohnungslose neben ihrer prekären Lebenslage zudem an psychischen Erkrankungen. Diese kann sowohl Auslöser als auch Folge von Wohnungslosigkeit sein. Abhängig von der Art und dem Fortschritt der Erkrankung, sind die Betroffenen mehr oder weniger in der Lage Hilfen selbstständig aufzusuchen oder in Anspruch zu nehmen. Demnach kommt den Hilfesystemen eine zentrale Rolle in der Versorgung von psychisch kranken Wohnungslosen zu. Geleitet durch die Tatsache, dass in der Hamburger Innenstadt psychisch kranke Wohnungslose – zum Teil seit über zehn Jahren – unversorgt leben (vgl. Freudenberg 2009: 28), widmet sich die Untersuchung der Zusammenarbeit von Wohnungslosenhilfe und Psychiatrie in Hamburg. Dem liegt die Annahme zugrunde, dass es sich hierbei um eine Lücke in der Versorgung des genannten Personenkreises handelt. Grundlage für die vorliegende Untersuchung ist folgende Fragestellung: Entsteht durch eine doppelte Problembelastung (wohnungslos und psychisch krank), zu dessen Bearbeitung zwei unterschiedliche Hilfesysteme (Wohnungslosenhilfe und Psychiatrie) verantwortlich sind, eine Versorgungslücke? Zur Beantwortung der Fragestellung liegt der Focus der Untersuchung in der Gestaltung der Zusammenarbeit beider Hilfesysteme, insbesondere auf dessen gelingenden und nicht gelingenden Prozessen. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit sei darauf hingewiesen, dass es sich hierbei keineswegs um eine repräsentative Untersuchung handelt, sondern vielmehr um einen ersten Einblick in die Problematik, der als ausbaufähig gilt.

3.1 Dokumentation des Untersuchungsprozesses

Gegenstand der Untersuchung ist die Zusammenarbeit von Wohnungslosenhilfe und Psychiatrie in Hamburg. Das Interesse liegt vordergründig darin herauszufinden wie die Zusammenarbeit gestaltet ist und wie Vertreter der beiden Systeme die Zusammenarbeit und die Versorgung des genannten Personenkreises empfinden. Um Rückschlüsse auf diese Vorgänge ziehen zu können, muss erfasst werden wie die unterschiedlichen Systeme ihren Arbeitsauftrag mit der Klientel wahrnehmen. Ein weiterer Schwerpunkt liegt in einer möglichen Weiterentwicklung zur Versorgung psychisch kranker Wohnungsloser.

3.1.1 Die Erhebung der Daten

Die Wahl der Forschungsmethode richtet sich nach dem Untersuchungsthema. Da es sich um die Rekonstruktion der Strukturen und Prozesse in der Zusammenarbeit zweier Systeme handelt, empfiehlt sich die Durchführung von Experteninterviews. Die in den beiden Systemen Tätigen werden insofern als Experten der eigenen Arbeitsprozesse angesehen und hierzu befragt. Sie stellen ihr spezielles Wissen für den in der Untersuchung relevanten Kon-

text zur Verfügung (vgl. Gläser/ Laudel 2009: 11 f.). Gläser und Laudel verwenden den Begriff in folgendem Sinne:

»‘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.« (Gläser/ Laudel 2009: 12)

Das Thema erfordert neben dem Erkennen bestehender Kooperationen ebenso dessen Beurteilung und eine Einschätzung der gegenwärtigen Erfüllung der Versorgung. Um die jeweils spezifischen Erfahrungen der Experten zu ermitteln, bedarf es einer qualitativen Untersuchung. Eine quantitative Erhebung würde dem Umfang des Wissens und der Erfahrungen der Experten nicht gerecht und könnte zu Einschränkungen im Ergebnis führen, denn es könnte nur das erhoben werden was bereits an Wissen vorliegt oder vermutet wird (vgl. ebd.: 37). Die Eindrücke und die Erfahrungen des Einzelnen können durch ein qualitatives Verfahren umfangreich erhoben werden und werden lediglich durch den Focus der Themenwahl beschränkt.

Als Erhebungsmethode dient das nichtstandardisierte Interview in Form von problemzentrierten Leitfadeninterviews. Die Methode stellt durch vorgegebene Themen sicher, dass relevante Punkte angesprochen werden. Der Leitfaden wird als eine Art Richtschnur verwendet, wobei weder die Formulierungen noch die Reihenfolge eingehalten werden muss. Zur Durchführung der Interviews in der vorliegenden Untersuchung ist es vor allem vorteilhaft, da bei Bedarf ad hoc Fragen gestellt werden können, um die Thematik zu erschließen (vgl. ebd.: 42). Um den jeweiligen Sachverhalt bestmöglich zu entschlüsseln, erscheint die Umsetzung in Form von Einzelinterviews sinnvoll. Durch den Focus auf eine bestimmte Problemstellung im Leitfaden können diese im Wesentlichen erfasst und eingegrenzt werden (vgl. Schmidt-Grunert 2004: 40). Durch die offene Fragestellung und Handhabung des Leitfadens kann der Befragte sich zu den fokussierten Themen frei äußern bei gleichzeitiger Konzentration auf die bestimmte Problemstellung, die durch den Interviewer festgelegt und verfolgt wird (vgl. Mayring 1996: 50; zit. n. Schmidt-Grunert 2004: 40 f.).

Der Auswahl der Interviewpartner kommt eine zentrale Rolle zu, denn diese entscheiden über die Art und Qualität des Materials. Um ein möglichst umfassendes Bild vom Untersuchungsgegenstand zu bekommen, wurden vier Einzelinterviews mit Experten geführt, die jeweils aufgrund ihrer Stellung im System unterschiedliche Eindrücke und Informationen in die Untersuchung bringen. Allen gemein ist eine Zusammenarbeit mit dem Personenkreis der psychisch kranken Wohnungslosen. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit ist es nicht möglich für eine Repräsentativität der erhobenen Daten zu sorgen. Daher sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass für eine genaue Rekonstruktion der Zusammenarbeit von Woh-

nungslosenhilfe und Psychiatrie in Hamburg weit mehr Akteure in den Prozess einbezogen werden müssten. Die Wahl fiel auf Mitarbeiter aus dem Bereich der Psychiatrie sowie aus der Wohnungslosenhilfe.

Befragt wurden

- eine Psychiaterin, die insbesondere aufsuchende psychiatrische Hilfestellung leistet (Interview 1),
- ein Sozialarbeiter aus einem psychiatrischen Klinikum (Interview 2),
- ein Straßensozialarbeiter sowie (Interview 3),
- ein Sozialarbeiter aus einem Wohnprojekt für psychisch Kranke mit Wohnungslosenvergangenheit (Interview 4).

Nach den Überlegungen was Gegenstand der Untersuchung ist, wie dies untersucht werden kann und der Auswahl der Interviewpartner, folgt die konkrete Erstellung eines Interviewleitfadens. Dieser dient der thematisch organisierten Herangehensweise und stellt die Vergleichbarkeit der gewonnenen Daten sicher. Die Fragen leiten sich aus dem Erkenntnisinteresse, der zu untersuchenden Fragestellung, ab (vgl. Gläser/ Laudel 2009: 63). Der Interviewleitfaden behandelt zur Beantwortung der Fragestellung folgende Kategorien:

- Zusammenarbeit von Fachdienst und Adressat, fallbezogene Kooperation der unterschiedlichen Einrichtungen, allgemeine Formen der Kooperation
- Einschätzung der Zusammenarbeit mit den Kooperationspartnern
- Qualität der Versorgung
- Möglichkeiten für eine Weiterentwicklung

Durch den Leitfaden erfolgt eine Gliederung des zu untersuchenden Themas und stellt sicher, dass zur Beantwortung der Fragestellung wesentliche Bereiche angesprochen werden. Den jeweiligen Kategorien sind offene Fragen als Grundlage für das Interview zugeordnet, die zur Erschließung der jeweiligen Bereiche dienen sollen. Ein Leitfaden erscheint als sinnvoll, da das Ziel der Untersuchung im Zentrum steht. Offene Fragen, da der Interviewte die Möglichkeit erhält die für sich als wesentlich empfundenen Aspekte einzubringen.

3.1.2 Auswertung des Materials

Die Literaturrecherche zu den Möglichkeiten einer adäquaten Auswertung der qualitativen Erhebung hat ergeben, dass es nicht *die* Auswertungsmethode gibt. Vielmehr ergibt sich je nach Art der Datenerhebung und Zielsetzung eine je individuelle Analysemethode, die der jeweiligen Untersuchung gerecht wird. Das Ziel der Arbeit besteht vor allem in der Rekonstruktion der Zusammenarbeit von Wohnungslosenhilfe und Psychiatrie in Verbindung mit

deren Wirkung auf die Versorgung psychisch kranker Wohnungsloser. Die vorliegende Analyseverfahren richtet sich insbesondere nach den Auswertungsstrategien von Michael Meuser und Ulrike Nagel sowie Christiane Schmidt. Beide Verfahren legen ihr Augenmerk auf die im Material vorhandenen Themen und Aspekte und nicht darauf wann etwas wie und in welcher Reihenfolge gesagt wurde. Zentrales Merkmal für die Auswertung ist demzufolge eine Kategorisierung der Themenbereiche, die relevant sind für die Fragestellung.

Meuser und Nagel behandeln Experteninterviews als spezielle Form von Leitfadeninterviews, wobei der Befragte in seiner Funktion und nicht als Person verstanden wird. Die Funktion ergibt sich aus dem Tätigkeitsfeld, womit der Befragte als Repräsentant einer Gruppe agiert (vgl. Flick 2007: 214). »Demgegenüber erhält der Funktionskontext der ExpertInnen an Gewicht, die Äußerungen der ExpertInnen werden von Anfang an im Kontext ihrer institutionell-organisatorischen Handlungsbedingungen verortet, sie erhalten von hierher ihre Bedeutung und nicht von daher, an welcher Stelle des Interviews sie fallen.« (Meuser/ Nagel 2002: 81) Die Vergleichbarkeit der Inhalte ist einerseits hergestellt durch den geteilten Arbeitsbereich und Funktionskontext sowie andererseits durch die leitfadengestützte Interviewführung (vgl. ebd.). Die Auswertung erfolgt in sechs aufeinander folgenden Schritten (vgl. Meuser/ Nagel 2003: 488 f.):

- *Transkription* des gesamten Interviews bzw. der für die Bearbeitung relevanten Aussagen
- *Paraphrase* nach thematischen Einheiten in Bezug auf die leitenden Forschungsfragen unter Einhaltung des Gesprächsverlaufs, Verdichtung des Textes durch chronologische Auflistung in Form textgetreuer Wiedergabe
- *Kodieren* – paraphrasierte Passagen der einzelnen Interviews werden thematisch geordnet und erhalten Überschriften
- *Thematischer Vergleich* – Bündelung vergleichbarer Passagen aus den unterschiedlichen Interviews
- *Soziologische Konzeptualisierung* – Ablösung vom Text und der ersten Kategorienbildung, begriffliche Benennung der Gemeinsamkeiten und Differenzen in Fachtermini
- *Theoretische Generalisierung* – Systematische Ordnung der Kategorien in Verknüpfung bestehender Theorien

Die Auswertungsstrategie von Christiane Schmidt vereint unterschiedliche Techniken, die sich besonders für die Auswertung von Leitfadeninterviews eignen. Qualitative Forschung gilt als ein Austauschprozess zwischen dem erhobenen Material und dem theoretischen Vorverständnis (vgl. Schmidt 2003: 544 f.). Das Hauptaugenmerk liegt im Bündeln der Themen und

Aspekte, die für die Fragestellung von Bedeutung sind. Die einzelnen Schritte sind chronologisch und lassen sich wie folgt aufzeigen (vgl. Schmidt 2003: 544):

- Kategorienbildung am Material,
- Codierung des Materials,
- Quantifizierende Materialübersicht,
- Vertiefende Fallinterpretation.

Die Interviews wurden mit Einverständnis der Befragten auf Tonband aufgezeichnet und anschließend – unter Berücksichtigung des Datenschutzes – vollständig transkribiert. Die Verschriftlichung der Gespräche dient zur ausführlichen und möglichst umfassenden Analyse des Materials sowie zur Nachvollziehbarkeit der gewonnenen Erkenntnisse (vgl. Schmidt-Grunert 2004: 50). Da es für das Ziel der Untersuchung nicht relevant ist wie etwas gesagt wurde, wurden Pausen, Lachen, Stottern, paraverbale Äußerungen („hm“, „äh“ usw.) nicht festgehalten. Außerdem sind die Namen von Personen und Institutionen geändert worden und erscheinen lediglich in ihrer Funktion, um die Anonymität der Interviewten zu gewährleisten. Weiterhin wurde die Standardrechtschreibung verwendet, umgangssprachliche Äußerungen sowie Grammatik und Satzbau dementsprechend weitgehend, mit Rücksicht auf die inhaltliche Aussage, angepasst.

Durch die problemzentrierte Interviewführung enthält das Datenmaterial logisch aufeinander folgende Themenbereiche, die wesentlich sind für die Beantwortung der Forschungsfrage. Die im Leitfaden angesprochenen Kategorien bilden somit die Grundlage für die Auswertungskategorien, wobei ebenso Rücksicht genommen wurde auf Themen, die zusätzlich durch die Interviewten eingebracht wurden. Im Einzelnen lässt sich folgendes Vorgehen beschreiben:

Die Interviews wurden im ersten Schritt der Auswertung transkribiert. Anschließend erfolgte das mehrmalige intensive Lesen des Materials. In Hinblick auf die Fragestellung wurden erste thematische Einheiten je Interview gebildet. Grundlage für die Kategorien bilden die problemzentrierten Leitfadencategorien, wobei in der Auswertung ebenso Aspekte, die durch die Interviewten eingebracht wurden, Berücksichtigung finden. Das Material wurde zunächst jeweils für jedes Interview nach Kategorien entsprechend überprüft, in einem nächsten Schritt interviewübergreifend die thematischen Einheiten und Aspekte beleuchtet. Eine Verdichtung des Materials erfolgte durch die thematische Sortierung zunächst jedes einzelnen Interviews, die relevanten Aussagen wurden den Kategorien zugeordnet. Anschließend wurden thematisch zugehörige Textstellen der unterschiedlichen Interviews einander zugeordnet sowie auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede hin untersucht. Auf die soziologische Konzeptualisierung und die theoretische Generalisierung nach Meuser und Nagel wurde ver-

zichtet, da in dieser Arbeit die Rekonstruktion der Zusammenarbeit zweier Systeme im Mittelpunkt steht und die beiden Punkte hierfür nicht relevant erscheinen. Ebenso wurde abgesehen von einer quantifizierenden Materialübersicht sowie auf die vertiefende Fallinterpretation nach Christiane Schmidt.

3.2 Darstellung der Ergebnisse

Die problemzentrierten Themenbereiche, die in der Auswertung berücksichtigt werden, entsprechen zunächst den Kategorien des Interviewleitfadens. Aus der Analyse des Materials haben sich weder neue Kategorien ergeben noch mussten die bestehenden modifiziert werden. Aspekte, die durch die Befragten eingebracht wurden, finden sich jeweils in den einzelnen Kategorien wieder. Dementsprechend gliedern sich die Auswertungsergebnisse wie folgt: Zusammenarbeit mit dem Adressaten, Zusammenarbeit der unterschiedlichen Einrichtungen bezogen auf die Fallarbeit sowie im Allgemeinen, Einschätzung der Zusammenarbeit, Qualität der Versorgung, Weiterentwicklung der Kooperation.

3.2.1 Die Zusammenarbeit von Fachdienst und Adressat

Die Interviewpartner arbeiten alle mit psychisch kranken Wohnungslosen zusammen, sie arbeiten jedoch jeweils in einem anderen Kontext. Die Wahrnehmung und Einschätzung der Lebenslage des Betroffenen sowie das Arbeitsumfeld der Akteure sind für die Zusammenarbeit wesentlich. Aus dem je spezifischen Bereich ergibt sich eine unterschiedliche Herangehensweise und ein anderes Selbstverständnis. Während sich die aufsuchende Arbeit sehr stark an der Lebenswelt der Betroffenen orientiert und eine Kontaktaufnahme anstrebt oder das Überleben sicherstellt, fühlt sich das Krankenhaus bzw. die Psychiatrie zuständig eine akute psychiatrische Versorgung zu gewährleisten und weitergehende psychiatrische Hilfen in die Wege zu leiten. Es ist eine unterschiedliche Herangehensweise, die zum einen stark lebensweltorientiert und zum anderen therapeutisch angelegt ist. Es ergibt sich eine unterschiedliche Ausgangslage für die Arbeit mit den Betroffenen, die sich vor allem aus dem Arbeitsauftrag und der jeweiligen Institution ergibt. So entsteht der Kontakt bereits auf eine grundsätzlich unterschiedliche Art und Weise.

»Wir sprechen die Leute gemeinsam an und meistens ist es auch so, dass die Straßensozialarbeiter die Leute auch schon besser kennen und mich oft auch ganz gezielt bitten mit ihnen noch mal mit zum Klienten hinzukommen, der auffällig war, um eben die Situation abzuklären. Wir versuchen dann gemeinsam überhaupt in Kontakt zu kommen zu den Leuten und zu erfassen was mit ihnen los ist.« (Interview 1: Z. 7 ff.)

»Okay, Straßensozialarbeit ist ja eine aufsuchende Arbeit, das heißt ich gehe dort hin wo sich die Menschen aufhalten, die auf der Straße leben. Das bedeutet,

dass ich auf sie zugehe und sie anspreche und wenn sie bereit sind mit mir zu reden oder was anderes, dann kann man mit ihnen erst mal Kontakt aufnehmen und mit ihnen sprechen. Wenn sie es nicht möchten, dann gehe ich halt wieder. Manchmal lade ich sie zum Kaffee ein, wenn sie es annehmen, ist es in Ordnung und dann kann man über diese Ebene zusammen reden.« (Interview 3, Z. 3 ff.)

Die aufsuchende Arbeit orientiert sich stark am Leben der Betroffenen. Im Mittelpunkt steht die Kontaktaufnahme und –stabilisierung, um den Hilfebedarf ausfindig zu machen und adäquate Hilfe vermitteln zu können. Deutlich wird die starke Orientierung an den Bedürfnissen des Klienten, um diesen erreichen zu können. Die Arbeit ist sehr niedrigschwellig und setzt absolut keine Erwartungen voraus

»Da geht es wenig um materielle Hilfen, da geht es wenig um Wohnunterkunft, weil das erst mal gar nicht ihr Problem ist. Sie leben in ihrem Wahn und da ist ein ganz anderes Thema dran, das muss man erst mal herausfinden was sie eigentlich bewegt. Das ist also gerade bei psychisch Kranken das Problem.« (Interview 3, Z. 16 ff.)

In der Psychiatrie entsteht der Kontakt hingegen entweder freiwillig aus der Not heraus oder durch Einweisung bei Selbst- oder Fremdgefährdung:

»Es ist einfach so wer psychisch erkrankt ist und in seiner Erkrankung öffentlich so auffällig wurde, dass Fragen der Selbst- oder Fremdgefährdung akut sind, dann werden diese Patienten auch manchmal gegen ihren Willen zu unseren Patienten, das heißt die Polizei bringt sie, Gesundheitsämter, die Sozialpsychiatrischen Dienste.« (Interview 2, Z. 3 ff.)

Die Ausgangslage ergibt sich also aus der massiven Einweisung durch Dritte aus Gründen der Gefahrenabwehr oder durch Selbsteinweisung soweit die Betroffenen ihre Lage als behandlungsbedürftig einschätzen (können) (vgl. Interview 2, Z. 17 ff.). Im Wohnprojekt für psychisch kranke Wohnungslose steht das Wohnen mit einem eigenen Untermietvertrag im Mittelpunkt. Der Kontakt entsteht hier durch eigenständige Anfrage oder über die Vermittlung durch andere Institutionen (vgl. Interview 4, Z. 3 ff.). Voraussetzung für eine derartige Wohnform ist das Erkennen der Notlage sowie die Einhaltung der sehr niedrig gehaltenen Regeln.

Aus dem Interviewmaterial lässt sich zudem eine unterschiedliche Wahrnehmung bezüglich der Lebenssituation der Betroffenen erkennen, dessen Grundlage sich ebenfalls im Kontext der Institution mit ihren jeweiligen Arbeitsaufträgen vermuten lässt. So sieht die aufsuchende Arbeit eine mangelnde Zusammenarbeitsbereitschaft in der Krankheit begründet:

»Solche Personen sprengen auch so ein bisschen das Hilfesystem, weil sie einfach deutlich machen halt stopp ihr könnt machen was ihr wollt, ich kann das nicht und will es nicht, weil ich gar nicht in der Lage bin euer ganzes Zeug anzunehmen.« (Interview 3, Z. 536 ff.)

»(...) sie sind einfach durch ihre psychische Erkrankung nicht in der Lage ihre Lebenssituation einzuschätzen.« (Interview 3, Z. 550 f.)

Das Klinikum spricht den Betroffenen dahingehend mangelnde Fähigkeit im Umgang mit ihrer Erkrankung zu:

»(...) man muss sich steuern und manche Patienten weigern sich rigoros sich an das Steuer dieser Erkrankung zu setzen und entsprechend fahren sie immer wieder gegen den Baum, gegen unterschiedliche Bäume. (...) Also manche Menschen gefährden sich auch massiv mit einem denkbar schlechten Umgang mit der Erkrankung selbst, weil sie es leugnen und dann sind sie sozialarbeiterisch auch oft schlecht erreichbar.« (Interview 2, Z. 85 ff.)

Alle vier Befragten schildern ähnliche Probleme in der Zusammenarbeit mit den Betroffenen. Es handelt sich hierbei insbesondere um Schwierigkeiten im Umgang und der Kommunikation durch die krankheitsbedingte Wahrnehmung sowie mangelnde Einsicht in die Notwendigkeit von Hilfe und Behandlung. Obwohl die genannten Problembereiche sehr ähnlich sind, lassen sich auch hier unterschiedliche Ansichten der Experten erkennen. Hier vor allem wiederum zwischen Klinikum und aufsuchender Arbeit:

»(...) wobei es bisher noch nie möglich war jemanden davon zu überzeugen, dass er wirklich psychiatrische Hilfe braucht und dass es auch möglich ist ihm zu helfen. Sondern das sind Menschen, die zwar in einer ganz elenden Situation sind aber sich nicht entscheiden können an dieser Situation was zu verändern und das ist auch ein Teil des Problems und auch der psychischen Erkrankung.« (Interview 1, Z. 22 ff.)

»Zum Beispiel, dass die Leute einfach alle Hilfen ablehnen und meinen sie brauchen das alles nicht. (...) Also das ist eine ganz typische Sache. Ja einfach so dieses Verharren in dieser schrecklichen Situation und diese Angst irgendetwas daran zu ändern obwohl sie gleichzeitig auch sagen wie schlimm sie es finden (also manche von ihnen).« (Interview 1, Z. 64 ff.)

»(...) wie gesagt sie sind gar nicht krankheitseinsichtig und auch nicht in der Lage dieses Hilfesystem zu verstehen, zu begreifen und für sich auch zu nutzen und zu gewinnen. Ist natürlich schwierig sie dazu zu motivieren. Das ist das Problem.« (Interview 3, Z. 211 ff.)

»Es gibt da eine Teilpopulation, die nicht erreichbar scheinen oder schwer erreichbar sind, die auch immer wieder die Behandlung abbrechen, weil sie es gar nicht einsehen, sich auch nicht krank fühlen, sich das nicht einreden lassen wollen, dass sie behandlungsbedürftig sind.« (Interview 2, Z. 79 ff.)

Die Mitarbeiter aus dem Wohnprojekt schildern ebenfalls Schwierigkeiten um Umgang mit ihrer Klientel, insbesondere beim Aufbau einer konstanten Betreuungsbeziehung. In diesem Arbeitsbereich ergeben sich zusätzliche Unstimmigkeiten unter den Mietern, da sich insge-

samt 16 Appartements auf vier Stockwerken befinden. Reibungspunkte gibt es zudem in Fragen der Ordnung der gemeinschaftlich genutzten Küchen (vgl. Interview 4, Z. 32 ff., Z. 52 ff.).

3.2.2 Fallbezogene Kooperation der unterschiedlichen Einrichtungen

Die Zusammenarbeit der Einrichtungen in Bezug auf die Fallarbeit richtet sich im Wesentlichen danach welcher Kooperationspartner für die eigene Arbeit benötigt wird. Die aufsuchende psychiatrische Straßenarbeit ist innerhalb des Innenstadtbereichs, für den sie auch zuständig ist, mit den wesentlichen Akteuren der Wohnungslosenhilfe vernetzt. Es findet ein regelmäßiger Austausch in einer einmonatigen Sitzung sowie telefonisch nach Bedarf statt. Da die Klientel die Angebote des Hilfesystems zum Teil nicht annehmen, ist eine konkrete Hilfeplanung nur bedingt möglich. Vordergründig gilt es herauszufinden welche Einrichtungen genutzt werden, wobei die Kontaktaufnahme zu den Betroffenen zentrales Anliegen ist (Interview 1, Z. 164 ff.). Die Psychiaterin wird über die aufsuchende Straßenarbeit hinaus bei Bedarf durch die unterschiedlichen Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe zu Rate gezogen (vgl. Interview 1, Z. 197). Ist eine Anbindung des Betroffenen zum Klinikum gegeben, so findet auch hier eine Absprache mit den behandelnden Ärzten sowie der Psychiatrischen Institutsambulanz statt (vgl. ebd., Z. 238 ff., Z. 112 ff.). Der Kontakt zu Betreuern dient überwiegend der Vermittlung zwischen diesen und den Betroffenen. Betreuungsverfahren konnten oft nicht zustande kommen, da die Betroffenen nicht auffindbar waren. Die Unterstützung in der Kontaktaufnahme zum Betroffenen spielt hier eine wesentliche Rolle, um Hilfe leisten zu können (vgl. ebd. Z. 204 ff.).

Da die Mehrzahl der psychisch kranken Wohnungslosen, die auf der Straße leben, die Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe nicht nutzt, sondern isoliert lebt und jeglichen Kontakt zu anderen Menschen meidet, sind sie den Einrichtungen auch nicht bekannt. Die Straßensozialarbeit erfährt in diesem Sinne überwiegend Zusammenarbeit in dem Projekt der aufsuchenden psychiatrischen Arbeit. Eine Kooperation mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst gibt es faktisch nicht (vgl. Interview 3, Z. 81 ff., Z. 103 ff.).

Für die Sozialarbeit im Klinikum ist vor allem die Zusammenarbeit mit zwei Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe von zentraler Bedeutung, die auch Menschen über die Eingliederungshilfe betreuen können. Hier geht es vor allem um eine Kooperation, die sich im Wesentlichen auf einen anstehenden oder beendenden Klinikaufenthalt bezieht (vgl. Interview 2, Z. 115 ff.). Ist dem Klinikum ein Bezugspunkt des Patienten bekannt, so wird bei Entlassung Kontakt aufgenommen, vorausgesetzt den Kollegen ist die anstehende Entlassung bekannt (vgl. ebd., Z. 179 ff.). Es wird deutlich, dass eine umfangreiche Kooperation mit der Wohnungslosenhilfe durch das hohe Arbeitsaufkommen nicht möglich ist:

»Wir Sozialdienstler kriegen oft die Entlassung gar nicht mit, das kann ja auch nachts um zwölf passieren. Nächsten Morgen ist er weg und ein neuer Patient ist schon wieder da. Es geht auch darum in der Menge auch immer wieder eine Verbindlichkeit durchzuhalten und zu organisieren. Das ist nicht einfach, wir haben 7.000 Aufnahmen im Jahr, das darf man nicht vergessen.« (Interview 2, Z. 184 ff.)

Kooperation mit der Wohnungslosenhilfe findet durch das Klinikum ebenso in der Form statt, dass ein Psychiater regelmäßig eine Sprechstunde in einzelnen Einrichtungen anbietet (vgl. ebd., Z. 124 ff.).

Da die Betreuung der Betroffenen in dem Wohnprojekt in jeglicher Hinsicht in der Gesellschaft intern organisiert ist, findet der Austausch innerhalb von Dienstbesprechungen o. ä. statt bzw. bei Angelegenheiten, die das Wohnen betreffen mit dem Kooperationspartner (vgl. Interview 4, Z. 76 ff.). Der Kontakt zum Klinikum beschränkt sich auf Neuansfragen bezüglich der Wohnperspektive (vgl. ebd., Z. 167 ff.).

Alle vier Befragten halten Kontakt zum gesetzlichen Betreuer sofern einer vorhanden ist. Grundsätzlich lässt sich aus den Aussagen erkennen, dass Kontakte mehr oder weniger bestehen. Verbindlich geregelte Zuständigkeiten gibt es nicht. Die Arbeit beruht auf informelle und personenbezogene Absprachen. Jeder Experte nutzt die für ihn notwendigen Kooperationspartner. Die aufsuchende Arbeit ist deutlich mehr von außenstehender Zusammenarbeit abhängig, weshalb der Vernetzungsgedanke wesentlich stärker ausgeprägt ist als in den beiden anderen befragten Institutionen. Um in der eigenen Arbeit voran zu kommen, wird der Kontakt zu Betreuern oder Ärzten im Klinikum aktiv hergestellt, um in der Zusammenarbeit mit dem Betroffenen unterstützend tätig zu sein (vgl. Interview 1, Z. 203 ff., Z. 238 ff.). Ein konkreter Hilfeplan wird lediglich im Wohnprojekt aufgestellt, da dieser ausdrücklich vom Kostenträger gefordert wird (vgl. Interview 4, Z. 90 ff.). Die Arbeit ist dadurch aber auch wesentlich höherschwelliger angelegt als beispielsweise in der aufsuchenden Arbeit.

3.2.3 Allgemeine Formen der Kooperation

Die allgemeinen Formen der Kooperation spiegeln die Strukturen über die Zusammenarbeit des jeweiligen Fallgeschehens hinaus wider. Angesprochen sind hier allgemeiner Austausch mit Kooperationspartnern sowie verbindliche Regeln für die Zusammenarbeit. Wie bereits aus dem vorherigen Abschnitt ersichtlich, gibt es keine geregelten verbindlichen Absprachen über die Zusammenarbeit mit anderen Institutionen. Vielmehr sind es informelle Absprachen zwischen einzelnen Personen.

Allen Befragten bekannt ist der Arbeitskreis »wohnungslos und psychisch krank«. Besetzt und regelmäßig besucht wird dieser zum größten Teil durch die Wohnungslosenhilfe:

»Es soll eigentlich so eine Schnittmenge geben im Arbeitskreis wohnungslos und psychisch krank. Ich versuche da regelmäßig hinzugehen, ich schaffe es auch nicht immer. Ansonsten gibt es vielleicht noch ein oder zwei andere Kollegen, die eigentlich klar dem Bereich der sozialen Psychiatrie zuzuordnen sind. Ansonsten sind es KollegInnen aus der Wohnungslosenhilfe. Also das ist nicht paritätisch besetzt, so hat sich das nicht entwickelt bislang.« (Interview 4, Z. 185 ff.)

Die Soziale Arbeit aus dem Klinikum ist sehr selten vertreten, Vertreter des Wohnprojektes versuchen es regelmäßig zu realisieren (vgl. Interview 2, Z. 194 f. und Interview 4, Z. 186 f.).

Für die aufsuchende Arbeit ist der Austausch in der Sozialen Initiative City (SIC) von großer Bedeutung. Dort treffen sich einmal im Monat die Hilfeeinrichtungen aus der Innenstadt und zum Teil darüber hinaus. Die Bürgernahen Beamten nehmen ebenso teil, aus dem psychiatrischen Sektor nimmt unregelmäßig die Leitung des Sozialpsychiatrischen Dienstes Mitte teil (vgl. Interview 3, Z. 189).

3.2.4 Einschätzung der Zusammenarbeit

Die Zusammenarbeit wird von Person zu Person unterschiedlich eingeschätzt. Zudem werden einige unterschiedliche Aspekte in den Vordergrund gehoben. Es lassen sich dennoch einige wesentliche Verbindungen in gut und auch weniger gut gelingenden Arbeitsprozessen herstellen. Auffällig ist bei allen vier Befragten die Aussage bezüglich der Zusammenarbeit mit gesetzlichen Betreuern, die als sehr personenabhängig eingeschätzt wird. Die Spannweite zeugt von einem sehr hohen Engagement der jeweiligen Betreuer bis zu einer eher als schwierig eingestuften Zusammenarbeit.

Auffallend ist die generell sehr hohe Zufriedenheit der aufsuchenden psychiatrischen Arbeit mit ihren Kooperationspartnern. Trotz der informellen Absprachen funktioniert die Zusammenarbeit sehr gut, was an unterschiedlichen Stellen des Interviews deutlich wird. Besonders hervorgehoben wird die sehr gute Beziehung zu den unterschiedlichen Akteuren, die sich für wohnungslose Menschen in der Hamburger Innenstadt einsetzen, hier vor allem die Zusammenarbeit unter den Teilnehmern der Sozialen Initiative City. Es reicht von der Wohnungslosenhilfe bis hin zu den Bürgernahen Beamten. Geprägt ist die Arbeit durch ein gemeinsames Verantwortungsbewusstsein gegenüber den Betroffenen (vgl. Interview 1, Z. 187 ff.). Ebenso wird die Zusammenarbeit mit der Psychiatrischen Institutsambulanz sowie den behandelnden Ärzten im Klinikum als sehr positiv eingeschätzt. Unbeachtet der üblichen Wartezeiten kann bei Bereitschaft zur Behandlung kurzfristig ein Termin mit dem Betroffenen vereinbart werden, oft am selben oder darauffolgenden Tag (vgl. ebd., Z. 112 ff.). Als ausbaufähig gelten für die Psychiaterin lediglich die Absprachen bezüglich der Entlassung aus dem Klinikum, wobei es in der Vergangenheit einige Male zu einer Enttäuschung

kam, in dem Entlassungen auf die Straße erfolgten. Diese Fehlschritte wurden von Seiten des Klinikums eingeräumt und auch in einzelnen Fällen bereits zufriedenstellend gehandhabt (vgl. ebd., Z. 238 ff.).

Die Straßensozialarbeit schätzt die Zusammenarbeit mit Richtern, Psychologen, gesetzlichen Betreuern und Verfahrenspflegern grundsätzlich als gelingend ein. Die Beziehung dient überwiegend der Kontaktaufnahme zu den Betroffenen, da die Straßensozialarbeit einen näheren Umgang pflegt und in den meisten Fällen über den Aufenthalt und die Umgangsweise mit den Menschen Bescheid weiß. Anfängliche Schwierigkeiten im Umgang mit Menschen, die auf der Straße leben, konnten erfolgreich überwunden werden:

»Es ist so, dass die Betreuer erst einmal am Anfang irritiert waren, dass wir natürlich auch Klienten haben, die auf der Straße leben. Das kannten sie vorher auch nicht. Einige fanden es sehr spannend. Bei unserem ersten Klienten war es so, dass der Betreuer die Betreuung eigentlich abgeben wollte, weil er sagte der will ja gar nicht und da hat unsere Psychiaterin das wunderbare Argument genau das ist ja das Problem sie sind nicht krankheitseinsichtig also können sie auch nicht erkennen was eigentlich nun richtig und was nicht richtig ist. (...) Das muss den Leuten erst mal klar gemacht werden und der hat auch nicht aufgehört, sondern hat weiter gemacht und daraus hat sich dann auch noch viel entwickelt und das ist schon toll.« (Interview 3, Z. 243 ff.)

Als sehr hilfreich und entlastend wird das Projekt mit der aufsuchenden psychiatrischen Straßenarbeit wahrgenommen, da eine Fachkraft die Schwierigkeiten mit psychisch kranken Wohnungslosen adäquat nach außen kommunizieren kann, um Öffentlichkeit zu schaffen und zum anderen kann die Lage fachlich angemessen eingeschätzt werden (vgl. Interview 3, Z. 86 ff., Z. 274 ff.). Das spendenfinanzierte Projekt mit der Psychiaterin wurde, befristet auf zwei Jahre, ins Leben gerufen, da eine Zusammenarbeit mit dem zuständigen Sozialpsychiatrischen Dienst als nicht möglich erscheint. Dieser sucht Personen nicht auf der Straße auf. Ist in akuten Fällen eine psychiatrische Begutachtung notwendig, so ist dies nur möglich indem der Betroffene von der Polizei auf die Wache gebracht wird, um dort eine Einschätzung der Lage vorzunehmen. Dieser Prozess wird von der Straßensozialarbeit als sehr kritisch eingestuft. Gespräche über eine mögliche Kooperation führten zu keinem Ergebnis, so dass dahingehend ein großer Streitpunkt herrscht (vgl. Interview 3, Z. 80 ff., Z. 142 ff., Z. 165 ff., Z. 174 ff.).

Bemängelt wird durch die Straßensozialarbeit weiterhin die Zusammenarbeit mit weiterführenden Hilfen, hier insbesondere mit der Psychiatrie. Patienten werden beispielsweise ohne Kooperation mit der Straßensozialarbeit auf die Straße entlassen oder nach einem halbjährigen Klinikaufenthalt ohne Begleitung an eine weiterführende Einrichtung verwiesen. Die Fol-

ge ist erneute Wohnungslosigkeit und die Rückkehr in ein Leben auf der Straße (vgl. Interview 3, Z. 283 ff.).

»Wir haben ja den Fall gehabt, dass er einfach entlassen wurde und die Psychiatrie wusste, dass wir als Straßensozialarbeiter mit ihm vorher Kontakt hatten. (...) Sie werden entlassen. Wir haben jetzt mehrere gehabt, die wieder auf der Straße sind und das war es dann. Und sie schließen sich auch nicht mit uns kurz was jetzt weiter passiert, das ist ein Problem.« (Interview 3, Z. 418 ff.)

Das Problem wird vor allem darin gesehen, dass viele Akteure ohne verbindliche und verpflichtende Absprachen am Hilfeprozess beteiligt sind. Jegliche Zusammenarbeit und Teilnahme an Arbeitskreisen beruht auf Engagement und Freiwilligkeit (vgl. Interview 3, Z. 429 ff.).

Unterstützung findet die Aussage der Straßensozialarbeit in Bezug auf die Zusammenarbeit mit der Psychiatrie durch den Mitarbeiter aus dem Wohnprojekt. Es wird vor allem auf Schwierigkeiten mit den behandelnden Ärzten hingewiesen, da die Betreuer nicht in die Arbeit mit den Betroffenen eingebunden werden. Es wird weder auf eine Umstellung in der Medikation noch auf die Entlassung eines Patienten hingewiesen, was als »unkooperativ und auch nicht dem Menschen gerecht werdend« (Interview 4, Z. 150 f.) empfunden wird.

Die Soziale Arbeit im Klinikum schätzt die Zusammenarbeit mit der Wohnungslosenhilfe als positiv ein. Besonders hervorgehoben wird die gute Zusammenarbeit, die entstanden ist durch die Sprechstunden, die ein Psychiater aus dem Klinikum in einzelnen Einrichtungen anbietet (vgl. Interview 2, Z. 245 ff.). Dies betrifft vor allem die zwei bereits erwähnten Institutionen der Wohnungslosenhilfe, in denen ebenso Eingliederungshilfe geleistet werden kann. Hingewiesen wird zudem auf Schwankungen in der Professionalität möglicher Kooperationspartner (vgl. ebd., Z. 224 ff.) sowie auf Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit, die sich aufgrund der Betroffenen ergeben:

»Manche Patienten haben es auch hingekriegt ihre Kontakte selbst, auch die formalen Kontakte wie zu den Betreuern, so zu zerrütten oder so schwierig zu gestalten, dass man davon auch noch was hat. Also, dass diese Schwierigkeit fortbesteht. (...) Sie haben ihre guten Gründe zu sagen so ich lege das Mandat nieder, die wurden dann auch ordentlich strapaziert.« (Interview 2, Z. 230 ff.)

3.2.5 Qualität der Versorgung

Die Versorgung psychisch kranker Wohnungsloser in Hamburg hat sich in den letzten Jahren weiter entwickelt und gewinnt zunehmend an Bedeutung in der Öffentlichkeit. Die Versorgung ist nach wie vor nicht zufriedenstellend, doch lässt sich aus dem Interviewmaterial erkennen, dass die wenigen Schnittstellen, die bereits zwischen Wohnungslosenhilfe und Psy-

chiatrie existieren, vor allem in den letzten Jahren entstanden sind. Das Hilfesystem ist auf ein Defizit in der Versorgung des Personenkreises aufmerksam geworden und reagiert darauf. Einzelne Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe können psychiatrische Sprechstunden anbieten, wodurch Behandlung in der Lebenswelt der Betroffenen stattfinden kann. Doch nicht nur der Zugang zum psychiatrischen Hilfesystem wird durch diesen Ansatz erleichtert, die Entlastung des Personals spielt hierbei eine ebenso große Rolle (vgl. Interview 2, Z. 33 ff.). Zudem gibt es seit 2005 aufsuchende Sozialarbeit, die sich vor allem dem bisher unversorgten Klientel der auf der Straße lebenden Menschen widmet. Da die Straßensozialarbeit auf große Schwierigkeiten im Umgang und auch in der Versorgung ihrer zum großen Teil psychisch erkrankten Klientel gestoßen ist, wurde 2008 eine Kooperation mit einer Psychiaterin ins Leben gerufen. Im Mittelpunkt der Arbeit stehen Menschen, die aufgrund ihrer Erkrankung das Hilfesystem nicht selbstständig in Anspruch nehmen können. Das Projekt in der Hamburger Innenstadt ist spendenfinanziert und zunächst auf zwei Jahre befristet (vgl. Interview 3, Z. 85 ff., 150 ff., 345 ff.).

Die Befragung zeigt, dass die Versorgung von psychisch kranken Wohnungslosen trotz der aktuellen Entwicklungen durch die Experten weiterhin als mangelhaft beurteilt wird. So trifft vor allem die aufsuchende Straßenarbeit immer wieder auf Menschen, die unversorgt auf der Straße leben (vgl. Interview 3, Z. 498 ff., 525 ff.). Die Kritik richtet sich zumeist an das System der Psychiatrie, die in ihrer Struktur, hier vor allem ihren Voraussetzungen für die Versorgung, einen Teil ihrer Klientel nicht erreicht. In diesem Zusammenhang wird vielfach die Komm-Struktur der Psychiatrie bemängelt. Um Hilfe zu bekommen, muss der Betroffene seine missliche Situation erkennen und in der Lage sein psychiatrische Hilfe nachzufragen oder zumindest anzunehmen. Das stellt für einen Großteil der Wohnungslosen eine unüberwindbare Hürde dar, die ein Verharren in der Wohnungslosenhilfe oder gänzlich ohne jegliche Hilfe zur Folge hat. Institutionalisierte aufsuchende psychiatrische Hilfe gibt es praktisch nicht (vgl. Interview 1, Z. 331 ff.). Die aufsuchende Soziale Arbeit sieht in den Sozialpsychiatrischen Diensten einen Kooperationspartner, da diese mit dem Auftrag der per Hamburgisches Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (HmbPsychKG) betraut sind. Diese gehen nicht auf die Straße, um sich ein Bild von den Betroffenen zu machen und adäquate Hilfemaßnahmen einzuleiten. Laut Aussage der Befragten sehen die Sozialpsychiatrischen Dienste das auch nicht als ihre Aufgabe an und können es aufgrund ihres Arbeitsumfangs/ Personalmangels nicht leisten (vgl. Interview 1, Z. 331 ff. und Interview 3, Z. 156 ff.). Könnte Selbst- oder Fremdgefährdung vorliegen, so wird die Polizei durch den Sozialpsychiatrischen Dienst beauftragt diesen auf die Wache zu bringen, um sich dort ein Bild über die Lage zu machen. Liegt eine Selbst- oder Fremdgefährdung vor, so wird der Betroffene per Zwangseinweisung in die Psychiatrie gebracht (vgl. Voraussetzungen der Unterbringung § 9 HmbPsychKG, Sofortige Unterbringung gemäß § 12 HmbPsychKG).

Dort findet eine Akutversorgung der psychiatrischen Erkrankung statt. Sofern ein durch das Gericht bevollmächtigter Richter keine weitere Unterbringung für notwendig erachtet, die Voraussetzungen für eine Unterbringung also nicht mehr gegeben sind, so ist der Betroffene gemäß § 24 HmbPsychKG am dritten Tag aus der Psychiatrie zu entlassen. Die Klinik hat keine Handhabe den Betroffenen gegen seinen Willen festzuhalten und der Betroffene landet wieder auf der Straße. Dieser Prozess wird auch als Feuerwehr-Struktur bezeichnet (vgl. Interview 1, Z. 340 ff.).

Wie in Abschnitt 2.2.2 aufgezeigt, soll die Eingliederungshilfe für behinderte Menschen die Versorgung psychisch Kranker sicherstellen. Die Befragten äußern erhebliche Schwierigkeiten in der Umsetzung und Anwendung der Eingliederungshilfe. Es werden lediglich die Menschen erreicht, die sich selbst als psychisch krank definieren und einer Behandlung bereitwillig gegenüberstehen »(...) und die vielen Anderen, die das eben nicht so können – auch aufgrund ihrer Erkrankung nicht können – die sind unterversorgt« (Interview 1, Z. 361 ff.). Die Voraussetzung für die ambulante Eingliederungshilfe ist Krankheitseinsicht und eine Meldeadresse bzw. ein fester Wohnsitz (vgl. Interview 4, Z. 343 ff.). Die Kombination von Leistungen nach §§ 67 ff. SGB XII und §§ 53 ff. SGB XII ist nicht zulässig, um eine Doppelfinanzierung zu vermeiden. Es ist also nicht möglich eine Person nach §§ 67 ff. SGB XII in eine Wohnunterkunft zu vermitteln und gleichzeitig eine ambulante Eingliederungshilfe zu bekommen. Dass heißt entweder ist die Person in der Lage das Begutachtungsverfahren der Eingliederungshilfe durchzuführen und somit in der Lage den eigenen Bedarf zu erkennen und Hilfe anzunehmen oder sie bleibt psychiatrisch unversorgt (vgl. Interview 4, Z. 279 ff., Z. 339 ff. und Interview 1, Z. 412 ff.).

Ist der Betroffene imstande seinen psychiatrischen Hilfebedarf anzuerkennen und Hilfen der Eingliederungshilfe anzunehmen, so können die Kriterien des Personenkreises nach §§ 67 ff. SGB XII zum Ausschluss führen. Jürgen Drgala spricht in diesem Zusammenhang von einem Ausgrenzungsmechanismus aufgrund von Konzeption sowie Behandlungs- und Betreuungskonzepte der psychiatrischen Hilfeeinrichtungen. Aus folgenden Gründen wird eine Aufnahme in vielen Fällen demnach verwehrt (vgl. Drgala 2008: 153):

- häufig vorkommender sekundärer Alkoholismus,
- geringe Neigung sich gruppenspezifischen Prozessen auszusetzen,
- wenig Motivation einen strukturierten Tagesablauf einzuhalten,
- Unregelmäßigkeiten in der Einhaltung der Medikation.

Den Aussagen zufolge bleibt festzuhalten, dass die Klientel in der Wohnungslosenhilfe in Hinblick auf ihren psychiatrischen Hilfebedarf unterversorgt bleibt und die Voraussetzungen für eine Hilfe der Psychiatrie aufgrund ihrer Wohnungslosigkeit nicht erfüllen kann. Die Tren-

nung der beiden Systeme kann demnach zu einem Ausschluss des genannten Personenkreises führen:

»Das ist systemimmanent, also diese Trennung 68 54 das ist schon am Menschen vorbei finde ich.« (Interview 4, Z. 359 f.)

»Dieses sowohl als auch kann zu einem weder noch führen im Ergebnis und das ist dann richtig bitter.« (Interview 2, Z. 368 f.)

Das Hilfesystem in Hamburg hat dieses Missverhältnis erkannt und es ist bisher einzelnen Einrichtungen gelungen neben dem Personenkreis nach §§ 67 ff. SGB XII auch Personen nach §§ 53 ff. SGB XII aufzunehmen und entsprechend zu betreuen – unter den bereits genannten Voraussetzungen zur Gewährung der Hilfeleistung. Es ist ein Anfang, der Bedarf wird aber längst nicht gedeckt. So erhält das sozialpsychiatrische Wohnprojekt für Wohnungslose, in dem es 16 Plätze gibt, über das Jahr sehr viele Anfragen, denen sie nicht entsprechen kann (vgl. Interview 4, Z. 227 ff.). Das Platzproblem wird vom Klinikum bekräftigt, das erheblichen Schwierigkeiten in der Vermittlung der Menschen gegenübersteht. Es stellt sich hier vor allem die Frage welche Einrichtung zu wem passt. Ist eine adäquate Einrichtung gefunden, so muss ein Platz zum Entlassungszeitpunkt frei sein. Besteht keine Behandlungseinsicht und auch kein Wohnraum, so kann das Klinikum weder stationäre noch ambulante Eingliederungshilfe veranlassen (Interview 2, Z. 128 ff., Z. 348 ff., Z. 371 ff.). Die Vermittlung von Menschen in Mehrfachproblemlagen in eigenen Wohnraum, soweit zumutbar, stellt eine ebenso große Herausforderung dar. Das Wohnungsangebot ist so gering, so dass bereits eine Schwierigkeit besteht, in die Datei der großen Wohnungsgesellschaften aufgenommen zu werden, da die Menschen zum Personenkreis der »Menschen mit Vermittlungshemmnissen« zugeordnet werden (Interview 4, Z. 268 und Interview 2, Z. 372 ff.).

Die aufgeführten Umstände führen bei vielen Betroffenen zu einem Leben auf der Straße und somit in das System der Wohnungslosenhilfe. Die ungedeckte Nachfrage der Mitarbeiter an psychiatrischer Hilfestellung und die ohnehin schlechte Personalausstattung führen dazu, dass der Personenkreis in vielen Fällen unversorgt bleibt (vgl. Interview 2, Z. 350 ff.).

Die Ergebnisse der durchgeführten Interviews zeigen einen weiteren Aspekt der Verdrängung auf. Die Wohnungslosenhilfe sieht sich zunehmend mit einer Armutsversorgung konfrontiert. Zunehmend mehr Menschen, vor allem ältere Personen, die mit Wohnraum versorgt sind, nutzen die Angebote der Wohnungslosenhilfe und die eigentliche Klientel wird durch diesen Prozess möglicherweise verdrängt (vgl. Interview 3, Z. 370 ff.).

3.2.6 Möglichkeiten für eine Weiterentwicklung

Die Befragten haben unterschiedliche Ansätze zur Optimierung der als nicht zufriedenstellend eingeschätzten Versorgung psychisch kranker und wohnungsloser Menschen. Überwiegend ergeben sich diese aus den zuvor geschilderten Problemen, zu dessen Überwindung angeregt wird. Die zentralen Themen sind demzufolge:

- verbesserte Kommunikation und Vernetzung
- Prävention
- bedarfsgerechte Hilfe
- psychiatrische Unterstützung für die Wohnungslosenhilfe

Eine verbesserte Kommunikation und Vernetzung stellt die Grundlage für ein gegenseitiges Verständnis und eine gelingende Zusammenarbeit dar. Bemängelt wird vor allem ein unkoordiniertes Nebeneinander in der Arbeit und eine jeweils zu eingeschränkte Sichtweise auf den eigenen Arbeitsbereich. Austausch und Kooperation findet lediglich unter Interessierten statt, die Teilnahme an Arbeitskreisen ist freiwillig und eine Zusammenarbeit nicht verbindlich. So äußert einer der Interviewpartner:

*»Jeder, der in so einer Einrichtung arbeitet, arbeitet nach seinen Vorgaben und wenn diese Person nicht in meinen Arbeitsbereich reinfällt, dann bin ich nicht zuständig. Also habe ich hierfür auch keine Sensibilität, wie in so einer Behörde. Das ist nicht Buchstabe B, das ist C also musst du zu x und wenn x nicht da ist, ist es nicht mein Problem. Also man verschiebt die Leute immer irgendwohin so lange bis man sie nicht mehr sieht oder bis sich das Problem irgendwann von selbst löst und das ist einfach ein Bereich wo mehr gemacht werden müsste.«
(Interview 3, Z. 559 ff.)*

Zum Abbau von Vorurteilen wird eine Möglichkeit in der wechselseitigen Bildung und Aufklärung gesehen, welche beispielsweise noch stärker in den bestehenden Arbeitskreisen gefördert werden könnte. Vorstellbar sind ebenfalls gegenseitige Einladungen zu Tagungen oder Fortbildungen in den relevanten Themen (vgl. Interview 4, Z. 322 ff. und Interview 2, Z. 383 ff.). Öffentlichkeit herstellen, um ein Problembewusstsein zu fördern, wird als wichtiger Aspekt für eine Weiterentwicklung gesehen. Politischen Druck aufbauen und Aufmerksamkeit für die Relevanz der Öffentlichkeit herstellen – Lobbyarbeit für Menschen, die sich nicht (mehr) zur Wehr setzen (vgl. Interview 4, Z. 365 ff.). Dies erfordert engagierte Mitarbeiter, die den Atem und die Zeit haben sich für derartige Belange einzusetzen. In vielen Fällen ist der eigene Arbeitstag schon dermaßen ausgelastet, so dass eine Weiterentwicklung in übergeordneten Themen erschwert wird (vgl. Interview 4, Z. 209 ff.).

Da die psychische Erkrankung auch Grund für die Wohnungslosigkeit sein kann, ist auch im Bereich der Prävention eine verbesserte Zusammenarbeit angebracht, so dass der Betroffene

ne Hilfe bekommt ohne erst auf der Straße zu leben. Dies erfordert Sensibilität im Umgang mit den entsprechenden Erkrankungen, um die Situation einschätzen zu können. Verdeutlicht wird dieser Aspekt durch folgendes Beispiel:

»(...) ich war mal in so einem AK, da erzählt derjenige der diese Räumungen macht, dass die Leute da beim Kaffee sitzen so als wenn nichts wäre und dann sagen sie guten Tag wir räumen gerade ihre Wohnung und er sitzt da beim Kaffee und dann machen sie die Schubladen auf und sehen stapelweise die Papiere wo sie das ankündigen irgendwann mal und alle sind aber nicht geöffnet.« (Interview 3, Z. 353 ff.)

Lebt der Betroffene schon auf der Straße, so ist schnelle Hilfe zu leisten, damit einer Einrichtung in der Wohnungslosigkeit entgegengewirkt werden kann. Das erfordert mehr aufsuchende Sozialarbeit und ebenso aufsuchende psychiatrische Hilfe nicht nur für die Hamburger Innenstadt. Je früher die Hilfe einsetzt, desto besser kann sie greifen (vgl. Interview 3, Z. 462 ff. und Interview 1, Z. 439 ff.).

Damit die jeweiligen Hilfen ihr Ziel erreichen können, ist sie am Bedarf der Betroffenen auszurichten. Derzeit kann keine passgenaue Hilfe stattfinden, da es für das Problem (wohnungslos und psychisch krank) keine per Gesetz definierte Hilfeleistung gibt. Vielmehr schließen sich die einzelnen speziellen Formen der Hilfe gegenseitig aus. Eine vermehrte Kooperation der einzelnen Leistungsträger wäre möglich, wenn sich die Grenzen der Leistungen nach §§ 53 ff. SGB XII und §§ 67 ff. SGB XII etwas miteinander verbinden ließen (vgl. Interview 4, Z. 335 ff.). Punktuelle Angebote und flexible Hilfe an den Bedürfnissen des Individuums ausgerichtet, lassen sich derzeit nicht realisieren. Entweder der Betroffene passt in das Schema der jeweiligen Hilfeform oder nicht. Als mögliche Lösung sehen die Experten Möglichkeiten der ambulanten Eingliederungsleistung in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe oder eine Entwicklung bedarfsgerechterer Versorgungssysteme. Ambulante soziale und psychiatrische Versorgung kann organisiert werden, wenn es ein bestimmtes Kontingent an Wohnungen gäbe (vgl. Interview 1, Z. 455 ff.). Hierbei sollte vor allem auf die Individualität der Betroffenen Rücksicht genommen werden. Es werden Wohnformen benötigt, in denen psychisch kranke Wohnungslose bestehen können, »wo nicht das Treppenhaus alle sieben Tage geputzt werden muss« (Interview 4, Z. 405 f.).

Als weiterer Punkt für die Weiterentwicklung wird die Unterstützung der Sozialen Arbeit in der Wohnungslosenhilfe angesprochen, die einen großen Bedarf an psychiatrischer Hilfestellung äußert, mit ihrem stark belasteten Klientel jedoch in der Mehrheit allein dasteht (Interview 1, Z. 475 ff.).

3.2.7 Zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse

Die Aussagen der befragten Experten machen deutlich, dass die Zusammenarbeit mit psychisch kranken Wohnungslosen je zu unterschiedlichen Herausforderungen führt. Obwohl die Interviews keinen repräsentativen Charakter aufweisen, lässt sich eine grundsätzlich unterschiedliche Herangehensweise an den Personenkreis erkennen und mit dieser verbunden werden unterschiedliche Anforderungen gestellt. Während sich die klar definierte Arbeit mit Wohnungslosen stark auf die Lebenswelt der Betroffenen konzentriert, ist die rein stationär psychiatrisch ausgerichtete Arbeit orientiert an strukturellen Vorgaben und Konzepten. Die Kooperationsbereitschaft des Betroffenen scheint ein ausschlaggebendes Kriterium für eine Hilfeleistung zu sein. Einerseits wird eine mangelnde Behandlungseinsicht als Hilflosigkeit und andererseits als Aspekt für eingeschränkte Handhabe verstanden.

Die Schnittstellen der beiden Hilfesysteme beschränken sich im Wesentlichen auf die konkrete Fallarbeit, wobei diese sich auf informelle Absprachen beschränken. Grundsätzlich gibt es auf Seiten der Wohnungslosenhilfe eine große Nachfrage an psychiatrischer Unterstützung, die jedoch nur bedingt gedeckt wird. Die Psychiatrie handelt in dem für ein Krankenhaus möglichen Rahmen und sieht sich – ebenso wie die Wohnungslosenhilfe – der mangelnden Versorgungsstruktur ausgesetzt. Ambulante psychiatrische Versorgung erfordert Fähigkeiten, welche ein Leben in geregelten Bahnen voraussetzt.

Es wird deutlich, dass das Auftreten von psychischer Erkrankung in Verbindung mit Wohnungslosigkeit das Hilfesystem vor eine große Herausforderung stellt. Die gesetzliche Trennung der unterschiedlichen Formen der Hilfe wird als Hürde für eine optimale Versorgung gesehen, da sich diese gegenseitig ausschließen, die Übergänge jedoch fließend sind. Einig sind sich die Experten darüber, dass die derzeitige Versorgung dem Bedarf der Menschen nicht gerecht wird. Bei Wohnungslosigkeit kann Hilfe geleistet werden, bei psychischer Erkrankung ebenso. Tritt beides auf, so bewegt sich der Betroffene zwischen den unterschiedlichen Hilfesystemen hin und her. Die Wohnungslosenhilfe ist überfordert mit der psychischen Erkrankung und die Psychiatrie mit den Umständen, die mit der Wohnungslosigkeit in Verbindung stehen. Ist ein psychisch kranker Mensch nicht als selbst- oder fremdgefährdend eingestuft und hat er aus unterschiedlichen Beweggründen keine Einsicht in eine Behandlungsnotwendigkeit, so bleibt ihm oft nur ein Leben auf der Straße.

4 Ansätze zur Verbesserung der Zusammenarbeit von Wohnungslosenhilfe und Psychiatrie

Folgendes Kapitel focussiert im ersten Abschnitt zentrale Probleme, um anschließend grundlegende Aspekte für eine gelingende Kooperation der beiden Hilfesysteme aufzuzeigen. Anhand eines praktisch etablierten Kooperationsmodells sowie Überlegungen zum Case Management werden Ansätze zweier Herangehensweisen dargestellt, die Anreiz für die Gestaltung des Hamburger Hilfesystems sein können.

4.1 Problemdarstellung

Chronisch psychisch kranke Menschen, die den Anforderungen anderer Systeme nicht entsprechen können, finden sich in der Wohnungslosenhilfe wieder. Diese ist das Auffangnetz für all diejenigen, die durch die Maschen anderer Systeme gefallen sind. Da die Wohnungslosenhilfe vor allem zuständig ist für die materielle und soziale Versorgung ihrer Klientel, ist sie grundsätzlich mit dem Auftreten psychischer Erkrankungen überfordert. So ist diese weder mit ausreichend noch mit entsprechend ausgebildetem Personal ausgestattet, um den Anforderungen gerecht zu werden. Die Mitarbeiter treffen häufig auf Menschen (vgl. BAG Wohnungslosenhilfe 2008: 1):

- mit langjähriger Psychiatrieerfahrung,
- die psychisch auffällig sind und bisher weder diagnostiziert noch behandelt wurden,
- mit mehreren psychiatrischen Diagnosen,
- mit der Doppeldiagnose Suchterkrankung/ psychische Erkrankung ohne Krankheitseinsicht.

Die Wohnungslosenhilfe hat weder den Auftrag noch die Ausstattung mit derartigen Krankheitsbildern umzugehen. Sie ist also auf eine Zusammenarbeit mit der Psychiatrie angewiesen und hat auch ein Recht darauf. Mitarbeiter aus der Wohnungslosenhilfe beanstanden vor allem unzureichende Kooperationsstrukturen für eine Regelversorgung der Klientel sowie mangelnde Weiterbildungen in den Bereichen der Sozialpsychiatrie und der Suchtmedizin (vgl. Romaus/ Gaupp 2003: 62). Der Umgang und die Kommunikation mit der Klientel sind aufgrund der Erkrankung sehr zeitintensiv, belastend und extrem gestört. Die Mitarbeiter treffen auf Menschen mit einem katastrophalen gesundheitlichen Allgemeinzustand und auf psychiatrische Krankheitsbilder, die in fachärztliche Hände gehören. Die Fachkompetenz lässt sich jedoch oftmals nicht abrufen, einer Vermittlung in das sozialpsychiatrische Hilfesystem stehen unregelmäßige Zuständigkeiten gegenüber (vgl. BAG Wohnungslosenhilfe 2008: 3 ff.; Rosenke 2009: 21). Dies wird für Hamburg ebenso durch die befragten Experten bestätigt. Bis auf ein bis Mai 2010 spendenfinanziertes Projekt mit einer Psychiaterin gibt es keine abrufbare aufsuchende Hilfe für die Wohnungslosenhilfe durch die Psychiatrie. Den Aussa-

gen zufolge leistet der Sozialpsychiatrische Dienst keine aufsuchende Arbeit für Menschen, die auf der Straße leben (vgl. Interview 1, Z. 343 ff.; Interview 3, Z. 146). In Unterkünften der Sozialpsychiatrie kann nicht vermittelt werden, da die Betroffenen bereits an den Aufnahmekriterien scheitern (Krankheits- und Behandlungseinsicht, häufig sekundärer Alkoholkonsum etc.). »In der Praxis geht es um die Versorgung einer Patientengruppe, die durch eine ausgeprägte und meist chronifizierte Symptomatik, extreme Lebensbedingungen und subjektive Ablehnung psychiatrischer Behandlung gekennzeichnet ist.« (Eikermann/ Reker/ Zacharias 2002: 56). Die Ausführungen der Interviewten belegen deutlich, dass es für den genannten Personenkreis in Hamburg kaum Möglichkeiten einer adäquaten Hilfe gibt. Hier heißt es, dass es oftmals unmöglich ist die Menschen von der Straße zu bekommen (vgl. Interview 4, Z. 230 f.). Für Menschen, die psychisch krank sind und auf der Straße leben, gibt es erst mal nichts wohin vermittelt werden kann. In der psychiatrischen Klinik erfolgt lediglich eine Akutversorgung der Symptome mit anschließender Entlassung auf die Straße (vgl. Interview 3, Z. 402 ff.).

Das psychiatrische Hilfesystem geht von einer Freiwilligkeit der Inanspruchnahme, einer Mitarbeitsbereitschaft und einem Verhalten aus, was viele Wohnungslose aufgrund ihrer Lebenslage zu Beginn der Arbeit nicht leisten können. Kommt es zu einer Akutversorgung im Klinikum, so erfolgt hier eine Versorgung bezüglich der psychischen Auffälligkeiten. Verwahrlosungstendenzen und geringe Mitarbeitsbereitschaft fallen dagegen störend auf und eine ambulante Nachsorge kann aufgrund von Wohnungslosigkeit nicht sichergestellt werden (vgl. Schild 1999: 59). Auch für Hamburg heißt es, dass weiterführende und nachsorgende Hilfen nur dann gut organisiert werden können, wenn der Betroffene in das Hilfesystem passt und integriert ist (vgl. Interview 1, Z. 430 ff.). Zudem gibt es strukturelle Defizite im Bereich der psychiatrischen Versorgung, wobei für den Personenkreis kaum eine Unterbringung geplant wurde und die Kapazität bei weitem ausgelastet ist (vgl. BAG Wohnungslosenhilfe 2008: 3). Auch in Hamburg gibt es ein Platzproblem in der stationären psychiatrischen Unterbringung. Im Interview heißt es, dass diese viel zu knapp seien und auch nicht alle – aufgrund unterschiedlicher Sozialisation - dort hinein passen (vgl. Interview 2, Z. 373 ff.).

Die Folge für den Betroffenen ist häufig das Rotieren zwischen den Systemen. Schild geht davon aus, »daß die unkoordinierten Hilfen der neben- und nacheinander aufgesuchten Anlaufstellen die komplexe Problemlage ungewollt stabilisieren oder sogar verschärfen können« (Schild 1999: 60). Den extremen Anforderungen eines dauerhaften Lebens auf der Straße sind die meisten nicht gewachsen. Viele halten sich im deutlich niedrigschwelligeren Hilfesystem der Wohnungslosenhilfe auf, »weil sie, ohne die erworbene Versorgungshaltung ganz aufgeben zu müssen, den Fangarmen der Gemeindepsychiatrie entweichen können.« (Eichenbrenner 2002: 125). Fehlender Respekt und mangelnde Akzeptanz individueller Le-

bensentwürfe führen dazu, dass die Psychiatrie mehr als stigmatisierend denn als hilfreich wahrgenommen wird. Die Folge ist, dass das Hilfesystem einen Teil ihrer Patienten nicht erreicht und diese von der Versorgung ausgeschlossen sind (vgl. Hesse-Lorenz/ Zanjani 2002: 118). Schwierige, zum Teil auch unausstehliche, Patienten fallen als störend aus dem System. Begründet liegt dies vor allem in einem Interessenskonflikt von therapeutischen Konzepten und den Bedürfnissen psychisch Kranker (vgl. Nouvertné 2002: 171 f.).

Welchen Bedarf haben psychisch Kranke ohne eigenen Wohnraum? Diesen gilt es aus fachspezifischer Sicht zu ermitteln, um die Versorgung dementsprechend zu gestalten. Verbindet der Betroffene mit der Psychiatrie lediglich eine Zwangseinweisung, die Einnahme von Medikamenten oder Kontrolle, so sind die Voraussetzungen denkbar ungünstig. Partizipation im Hilfeprozess und Respekt im Umgang miteinander sind auch in diesem Bereich ausschlaggebend für den Erfolg jeder Maßnahme (vgl. BAG Wohnungslosenhilfe 2008: 3). Patienten der Psychiatrie vermissen vor allem einen Umgang, der sich an ihren Wahrnehmungen und ihrer Lebensgeschichte orientiert und nicht lediglich an den auftretenden Symptomen der Erkrankung (vgl. Masanz 2008: 108). Folgende Aussage soll die Bedürfnisse verdeutlichen:

»Ich will frei sein, kommen und gehen wann ich will. Ich möchte alles, was ich brauche, bei mir haben wie eine Schnecke ihr Schneckenhaus. Ich muss immer sehen, daß alles noch da ist. Ich möchte in Ruhe gelassen werden. Ich möchte meinen Stimmen zuhören, ihnen aber nicht ausgeliefert sein. Deshalb will ich nicht alleine sein, dann bekomme ich Angst. Wenn ich mich schlecht fühle, will ich mich betäuben, am besten mit Alkohol. Ich fühle mich glücklich, wenn ich etwas finde oder bekomme: eine Münze, Beeren oder Pilze im Wald, Kippen, Essensreste – also suche oder bettle ich! Das Suchen, Sammeln und Betteln ist meine Arbeit, gibt meinem Leben Sinn. Dann freue ich mich auf das Ausruhen an einem sicheren und vertrauten Platz.« (Eichenbrenner 2002: 131)

Eine Versorgung durch das psychiatrische System ist grundsätzlich durch eine Komm-Struktur und Behandlungsvoraussetzungen, es sei denn zur Krisenintervention, gekennzeichnet. Das stellt zunächst eine Grundlage dar, die nicht an den Bedürfnissen von wohnungslosen Menschen orientiert ist. Die Tatsache legt die Vermutung nahe, dass die Angebote zu stark orientiert sind an der Mittelschicht der Bevölkerung und diese durch Zugangsbarrieren abgesichert sind. »Wollen die Angebote auch die Armutsbevölkerung erreichen?« (Schild 1999: 61)

In einigen Fällen kommt es dazu, dass Betroffene ohne soziale und psychiatrische Versorgung gänzlich isoliert in den Nischen der Stadt leben und selbst die niedrigschwelligen Hilfeangebote der Wohnungslosenhilfe nicht annehmen können (vgl. Interview 3, Z. 108 ff.). Gerade Menschen in Mehrfachproblemlagen erfordern eine besondere Aufmerksamkeit, doch die derzeitige Versorgung gilt nur den Menschen, die in die Strukturen des bestehenden Hil-

fesystems passen. Der Dreh- und Angelpunkt einer jeden Hilfe sollte die Beseitigung der Wohnungslosigkeit sowie die angemessene Unterbringung sein.

4.2 Voraussetzungen für eine gelingende Kooperation

Psychisch Kranke ohne Wohnung sind abhängig von zwei unterschiedlichen Hilfesystemen, dessen Leistungen – bis auf wenige Ausnahmen – in je speziell dafür konzipierten Einrichtungen erbracht werden (vgl. Eichenbrenner 2002: 131; Interview 4, Z. 235 ff.). An der administrativen und finanzierungstechnischen Trennung der Systeme ist mittelfristig keine Änderung in Sicht, weshalb zur Versorgung der Betroffenen geeignete Schnittstellen zu schaffen bzw. auszubauen sind (vgl. Salize/ Dillmann-Lange/ Kentner-Figura 2002: 39). Grundsätzlich bringt eine Kooperation Schwierigkeiten mit sich, da Arbeitsprozesse nicht in einer Hand liegen und somit einer Absprache bedürfen. Laut Schild (vgl. Schild 1999: 62) entstehen Schnittstellenprobleme vor allem dann,

- wenn diese nicht ausreichend definiert und vereinbart, wenn sie überlastet oder an ungeeigneten Stellen des Arbeitsprozesses platziert sind
- wenn die an den Schnittstellen laufenden Informations-, Abstimmungs- und Entscheidungsprozesse durch sachfremde Einflüsse gestört oder belastet werden (persönliche Empfindlichkeiten, konträre Werthaltungen, Standesdünkel, Verbandsstrategien etc.)

Die Probleme finden sich in der Zusammenarbeit der Hamburger Hilfesysteme wieder. Besonders schwierig gestaltet sich das Miteinander von Straßensozialarbeit und Sozialpsychiatrischem Dienst sowie von Sozialarbeitern und Mitarbeitern des Klinikums. Aus dem Interviewmaterial wird deutlich, dass die Zuständigkeiten nicht geklärt sind oder zumindest nicht auf einen Konsens beruhen und eine Beteiligung von Sozialarbeitern an den Maßnahmen durch das Klinikum nur unzureichend stattfindet (vgl. Interview 3, Z. 174; Interview 4, Z. 147 ff.).

Unterschiedliche Ebenen der Zusammenarbeit prägen den Alltag, in denen jede Institution mit ihren spezifischen Erwartungen und Vorgaben agiert. Schwierigkeiten lassen sich vor allem auf folgenden Ebenen beschreiben (vgl. Schild 1999: 62):

- *Helfer - Betroffener*: angesprochen ist hier insbesondere die Erwartungshaltung auf Seiten der Psychiatrie, dass der psychisch kranke Wohnungslose sich gemäß seiner Patientenrolle verhält
- *Soziale und psychiatrische Fachkräfte*: unterschiedliche Fachsprachen, Denksysteme und Behandlungskonzepte sowie Dominanzbestrebungen der Disziplinen

- *Einrichtungen und Träger:* unter Aspekten der Bestandssicherung, Profilierung und Expansion muss sich Zusammenarbeit unter finanziellen oder politischen Gesichtspunkten lohnen
- *Sozialpolitik:* die Verknappung von Mitteln führt zu einer Konzentration auf das Kerngeschäft und zu einer Verschiebung von Fällen für die auch andere zuständig sein könnten

Die in Abschnitt 3.2.1 dargestellten Ergebnisse belegen deutlich die Wahrnehmung der psychisch kranken Wohnungslosen durch das Klinikum, das dem Klienten und nicht dem System eine mangelnde Verantwortung zuspricht. Ebenso angesprochen werden die Schwierigkeiten im Zusammenhang mit sozialpolitischen Sparmaßnahmen, welche den Arbeitsalltag zunehmend erschweren (vgl. Interview 4, Z. 210 ff.).

Die genannten Schnittstellenprobleme und Schwierigkeiten auf den unterschiedlichen Ebenen können bei Betroffenen, die sich in einem Grenzbereich der Zuständigkeiten befinden, dazu führen, dass sie unterversorgt oder sogar unversorgt bleiben. Eichenbrenner schreibt: »Wer Menschen aus einem Versorgungssystem ausschließt oder ausstößt, handelt ähnlich gewalttätig wie der, der Menschen gefangennimmt, zwangsweise behandelt oder einschließt« (Eichenbrenner 2002: 133).

Um eine Ausgrenzung spezifischer Personengruppen zu vermeiden, ist eine verbindliche Zusammenarbeit der zuständigen Hilfesysteme unabkömmlich. Nach Schild »ist der gravierendste Qualitätsmangel im unverbundenen Nebeneinander der Systeme zu sehen« (Schild 1999: 62). Durch Kooperation kann Qualität in der Versorgung hergestellt werden, eine Kooperation, die die Stärken beider Hilfesysteme miteinander vereint: »(...) die Lebensweltnähe und ganzheitliche Problemsicht der Wohnungslosenhilfe mit dem speziellen fachpsychiatrischen Behandlungsrepertoire« (Schild 1999: 61).

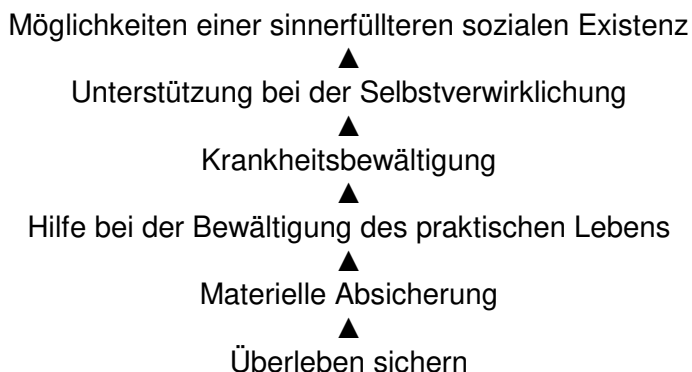
Voraussetzung für eine gelingende Zusammenarbeit ist ein gemeinsames Bewusstsein der Zuständigkeit (vgl. Eichenbrenner 2002: 131), die gemeinsame Problemdefinition sowie die Bestandsaufnahme über Hilfen, die das System bereits leistet und welche Bereiche der Versorgung ungedeckt sind (vgl. Nouvertné 2002: 173). Nouvertné sieht als Grundlage jeglicher Veränderungsprozesse die Erkenntnis und Wahrnehmung seitens der Psychiatrie sowie der Kosten- und Leistungsträger über die unterschiedlichen Interessen. Die Betroffenen wollen, wie andere Menschen auch, in ihrer Individualität wahr und ernst genommen werden und nicht mit den Vorstellungen über die psychische Gesundheit der Mitarbeiter integriert und rehabilitiert werden. (vgl. Nouvertné 2002: 171 ff.). Die Hilfe ist am Bedarf der Klientel zu orientieren und weniger an bestehenden Zuständigkeiten, denn diese sind in vielen Fällen fließend. Für eine gelingende Zusammenarbeit ist es notwendig die Versorgung in den Mittelpunkt der Arbeit zu stellen und die strukturelle Trennung der jeweiligen Systeme zu über-

winden (vgl. Masanz 2008: 108). Mangelnde Krankheits- und Behandlungseinsicht ist als Symptom der Erkrankung zu verstehen und nicht als Ausschlusskriterium für psychiatrische Angebote (vgl. Romaus/ Gaupp 2003: 62). Die Sozialpsychiatrie sollte grundsätzlich zuständig sein, auch für diesen Personenkreis, und die Konzepte am Bedarf und den Möglichkeiten der Klientel anpassen, so dass diese erreicht werden können. Ziele von Maßnahmen können auch in einer Milderung oder Verhütung von Verschlimmerung derzeitiger Umstände liegen (vgl. Rosenke 2009: 23). Nouvertné spricht in diesem Zusammenhang von einer Ungleichheit von Überlebenschancen durch zu hohe therapeutische Ansprüche und plädiert für eine veränderte Sicht der Zielausrichtung. Psychiatrische Arbeit kann demnach als Sicherung von Existenz gelten, wenn ein Ausschluss aus dem System zum Überlebenskampf auf der Straße führt (vgl. Nouvertné 2002: 176 f.). Folgende Aspekte erfordern nach Eichenbrenner eine Diskussion, Senkung oder Beseitigung (vgl. Eichenbrenner 2002: 133):

- Aufnahmekriterien, Pflicht zur Medikamenteneinnahme, verbindlicher Arztbesuch, Alkohol- und Drogenverbot, feste Ruhezeiten, keine Beherbergung von Freunden und Sexualpartnern, Sauberkeit, feste Gruppengespräche, Teilnahme an Gemeinschaftsaktivitäten, Haushaltsdienste;
- Kündigungen, etwa wegen körperlicher Gewalt, entbinden den Träger nicht von seiner Verantwortung für den Klienten und dessen Nachsorge;
- Wohnraum sollte nicht an Therapie gekoppelt sein: Wird die Betreuung nicht mehr zugelassen, kann der Klient die Wohnung/ das Zimmer behalten.

Um die Versorgung psychisch kranker Wohnungsloser sicherzustellen, bedarf es verbindlicher und verlässlicher Hilfe- und Kooperationsstrukturen beider Systeme. Eine Kommunikation, die durch gegenseitige Achtung und Wertschätzung geprägt ist sowie geklärte Verantwortlichkeiten und die definierte Versorgungspflicht stellen hierbei die Grundlage der gemeinsamen Arbeit dar. Eine gezielte Zusammenarbeit erfordert zudem eine gesicherte und verbindliche Regelversorgung, wobei die Wohnungslosenhilfe über ausreichende Informationen der sozialpsychiatrischen Dienste verfügt und umgekehrt (vgl. BAG Wohnungslosenhilfe 2008: 8; Rosenke 2009: 24; Romaus/ Gaupp 2003: 62). Wie am Beispiel Hamburg zu erkennen ist, kommt dem Aufbau einer verbindlichen ambulanten Regelversorgung besondere Bedeutung zu. Ob sich Betroffene in Einrichtungen nach §§ 53 ff. SGB XII, nach §§ 67 ff. SGB XII oder auf der Straße aufhalten, ist unabhängig von einem Anspruch auf professionelle Hilfe zu sehen (vgl. Eichenbrenner 2002: 132). Menschen in Mehrfachproblemlagen erfordern eine Zusammenarbeit eines multiprofessionellen Teams. Eine gemeinsame Konzeptentwicklung und Hilfeplanung, insbesondere für besonders schwierige Fälle, erscheint daher sinnvoll (vgl. BAG Wohnungslosenhilfe 2008: 8). Grundlegend hierzu ist die Verständigung auf gemeinsame inhaltliche Zielsetzungen. Nouvertné (vgl. Nouvertné 2002: 177) schlägt

eine Hierarchie von Versorgungszielen vor, wobei die Erfüllung der jeweiligen Teilziele Voraussetzung ist für die Arbeit am nächsthöheren:



Nicht zuletzt ist Qualität in der Arbeit abhängig von der Qualifikation der Mitarbeiter. Kontinuierliche Fortbildungsangebote, auch professionsübergreifend, fördern das gegenseitige Verständnis sowie die Vernetzung. Das Wissen um Krankheitsbilder und Lebenslagen sowie Handlungskompetenzen für den Einzelfall dienen nicht nur einem sicheren Umgang im Arbeitsalltag. Sie können auch entscheidend sein, wenn es um das Erkennen spezifischer Bedarfe geht, um entsprechende Fachleute am Hilfeprozess zu beteiligen (vgl. BAG Wohnungslosenhilfe 2008: 8; Rosenke 2009: 24). Wenn Mitarbeiter schließlich nicht erkennen, dass eine psychische Erkrankung oder eine soziale Notlage vorliegt, können sie auch keine angemessene Hilfe anfordern.

4.3 Darstellung zweier Vorgehensweisen für eine gelingende Kooperation

Eine zunehmende Differenzierung und Spezialisierung von Dienstleistungen erfordert Kooperation. Denn »gut ausgebaute Hilfesysteme sind keine Garantie für schnelle und umfassende Hilfe, wie das Beispiel psychisch kranker Menschen ohne Wohnung zeigt« (Salize 2005: 127). Uneindeutige Zuständigkeiten und Koordinationsmängel führen nicht selten zu einer Ausgrenzung spezifischer Patientengruppen oder zur Ausblendung bestimmter Problembereiche (vgl. Salize 2005: 127). Nicht die Frage nach der Zuständigkeit eines Hilfesystems, sondern vielmehr die Funktionalität einer Herangehensweise ist in den Vordergrund der Überlegungen für eine bedarfsgerechte Versorgung zu stellen (vgl. ebd.: 130).

4.3.1 Das Kölner Kooperationsmodell – Hotel Plus

Als Reaktion auf die Schwierigkeit einer Versorgung des Personenkreises nach §§ 67 ff. SGB XII erarbeitete 1994 in Köln eine Projektgruppe mit Vertretern aus Sozial-, Wohnungs- und Gesundheitsamt in Abstimmung mit Trägern und Initiativen der Wohnungslosenhilfe ein Programm zur Verbesserung der Strukturen und Hilfen. Grundlegend für eine Verbesserung

der Versorgungsstrukturen in einer Kommune ist (vgl. Eichenbrenner 2002: 126; Genz et al. 2002: 146):

- die Entwicklung einer Philosophie der akzeptierenden Hilfe,
- die Einführung von Case-Management,
- die Entwicklung einer Organisation innerhalb der Stadtverwaltung, die Kooperation zwischen allen beteiligten Ämtern allgemein und im Einzelfall möglich macht sowie den Hilfesuchenden das Tor zum Wohnungsmarkt öffnet.

Das Programm »Kölner Kooperationsmodell« setzt auf akzeptierende Hilfe. Umsetzung findet der Ansatz in einer weitgehend vorbehaltlosen Unterstützung und Begleitung der Betroffenen durch soziale und behördliche Arbeit, um eine gesundheitlich-soziale Verelendung zu mildern oder zu beheben. Konzepte der niedrigschwelligen Arbeit wurden hierfür ausgebaut. Basis ist die Kooperation der beteiligten Ämter. Ausgrenzung benachteiligter Personengruppen kann entstehen durch Zuständigkeitslücken, die sich aufgrund der Organisation von Behörden und Diensten der Wohlfahrtsverbände ergeben. Grundgedanke ist die Förderung der ambulanten Arbeit der Wohnungslosenhilfe. Geleistet wird aufsuchende Hilfe in Form von Straßensozialarbeit bis hin zur Unterstützung in den Bereichen Wohnen und Arbeit (vgl. Eichenbrenner 2002: 126 f.).

Das Wohnungsamt in Köln ist sowohl für Unterbringung als auch für Wohnhilfen zuständig. Die Bündelung der Wohnraumversorgung soll zu einem verbesserten Zugang zur Wohnraumvermittlung beitragen. Das Wohnungsamt ist nicht lediglich wohnungswirtschaftlich und administrativ, sondern ebenso sozialarbeiterisch in den einzelnen Stadtteilen tätig. Durch die Konzeption wurden die Fachdienste des Sozialamtes und der Sozialdienst des Wohnungsamtes zu einer engen und verbindlichen Kooperation verpflichtet. Das Wohnungsamt ist zur Erstversorgung von Wohnungsnotfällen, gleich welcher Zielgruppe sie angehören, verpflichtet. Durch die Fachdienste des Sozialamtes ist darüber hinaus ein weiterer Hilfebedarf zu prüfen. Dies können zum einen besondere soziale Schwierigkeiten nach §§ 67 ff. SGB XII sein oder aber zusätzliche Hilfen aus sozialmedizinischer oder sozialpsychiatrischer Sicht, dessen Abklärung durch eine enge Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt sichergestellt ist. Demnach ist nach einer Erstversorgung kurzfristig die Frage nach einer fachlich angemessenen Bleibe zu klären. Im Focus steht die einzelfallbezogene Abstimmung der Ämter und der beteiligten Dienste, um im Sinne des Betroffenen zu agieren und die Effektivität des Hilfesystems zu gewährleisten. Die Anforderungen an die Hilfeempfänger sind bewusst gering gehalten, um die Ausgrenzung von Menschen, die sonst ausgeschlossen würden, zu vermeiden (vgl. Genz et al. 2002: 148 ff.).

Für Menschen, die sozialpsychiatrische Hilfen ablehnen, weil sie sich nicht für krank halten oder den Anforderungen psychiatrischer Konzepte nicht entsprechen können o. ä., wurde

1997 in Köln das Projekt »Hotel Plus« verwirklicht. Es handelt sich hierbei um eine Unterbringung mit Hotelcharakter mit einem angebundenes Betreuungsangebot durch Leistungsträger. Die Hilfeleistung ist nicht verpflichtend, versteht sich vielmehr als ambulant zugehend. Im Team arbeiten Fachkrankenschwestern der Psychiatrie, Sozialpädagogen, Krankenpfleger und Psychologen. Psychisch kranke Wohnungslose halten sich oft in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe oder auf der Straße auf. Da sie dort keine adäquate Hilfe erfahren, haben die extremen Lebensbedingungen eine krankheitsverstärkende Wirkung. Häufig kommt es zu Akutversorgungen im Klinikum mit anschließender Entlassung auf die Straße. Ziel des Projektes ist es daher in erster Linie den Kreislauf zwischen unangemessener Unterkunft und stationärer Akutversorgung zu durchbrechen. Das Projekt bietet den Hilfebedürftigen eine Rückzugsmöglichkeit, leistet Krisenintervention und kann eine Bereitschaft zu fachkompetenter Hilfe wecken. Individuelle Ziele können sehr unterschiedlich ausfallen, so kann es bei einem Menschen als Erfolg angesehen werden für ein paar Wochen oder gar Monate an einem Ort zu verweilen während es andere anstreben wieder völlig selbstständig zu leben (vgl. Genz et al. 2002: 149 ff.). Einige Eckpfeiler geben ein Minimum an Struktur (vgl. Genz et al. 2002: 150):

- überschaubare Bewohnerzahl für effektive und intensive Unterstützung sowie möglichst geringe Belastung der Nachbarschaft,
- Ausschluss von Menschen mit einer Abhängigkeit von illegalen Drogen, mit Pflegebedürftigkeit sowie vorrangig chronischer Alkoholabhängigkeit,
- Unterbringung in Einzelzimmern,
- Minimum an Hausregeln,
- Unterstützung in lebenspraktischen Bereichen,
- Präsenz des Trägers im Hotel,
- Beratung zur Bewältigung von krankheitsbedingten Beeinträchtigungen,
- bei Bedarf Vermittlung von ambulanten oder stationären Hilfen,
- keine Begrenzung der Aufenthaltsdauer,
- Toleranz gegenüber extremem Verhalten, außer bei unmittelbarer Gefahr.

Die Einführung eines Teams »ambulantes Hotel Plus« ermöglicht seit 2002 einen verbesserten Übergang von Klinikaufenthalt und Unterbringung. Bereits vor der Entlassung erhält der Betroffene eine ambulante Begleitung, so dass diese geplant und koordiniert stattfinden kann. »Hotel Plus Mobil« leistet unabhängig von Lebenssituation und Aufenthaltsort aufsuchende Arbeit für Menschen, die nach einer stationären psychiatrischen Behandlung einer Nachsorge bedürfen (vgl. Genz 2002: 152).

Das Kölner Kooperationsmodell verzeichnet durchweg positive Erfahrungen, welche sich insbesondere durch die Orientierung an den Bedarfen der Betroffenen vermuten lassen (vgl. Genz et al. 2002: 149). Die gelungene ämterübergreifende Zusammenarbeit mit den psychi-

atrischen Fachkliniken und dem Träger der Leistungen hat dazu geführt, dass sich mittlerweile drei »Hotel Plus« etablieren konnten und darüber hinaus eine Warteliste die Annahme der Leistungen bestätigt (vgl. Theison 2002: 145).

4.3.2 Case Management

Besonders Menschen in Mehrfachproblemlagen stehen der Schwierigkeit gegenüber sich in der vielfältigen Angebotsstruktur und den einzelnen Zuständigkeiten nicht ausreichend zurecht zu finden. Die belastende Lebenssituation ist aufgrund mangelnder Ressourcen oft allein nicht mehr zu bewältigen. Wünsche und Bedarfe können oft nicht hinreichend erkannt und kommuniziert werden (vgl. Neuffer 2009: 10). Die Angebote an Hilfeleistungen sind sehr vielfältig. Vielen Hilfebedürftigen sind diese weder bekannt noch können sie sie für sich in optimaler Weise nutzen. Die Abstimmung und Kooperation der beteiligten Fachdienste in Bezug auf den individuellen Hilfebedarf ist in vielen Fällen mangelhaft. Übergreifende Hilfen können neben der eigenen Tätigkeit nur schwer optimal koordiniert werden (vgl. Wendt 1991: 18; zit. n. Galuske 2007: 196). Häufig kommt es zu unnötigen Überschneidungen an Leistungen oder zu einer Unterversorgung aufgrund von Zuständigkeitslücken. Folgendes Zitat aus den geführten Interviews macht die Situation für das Hamburger Hilfesystem deutlich:

»Jeder macht sein Ding und die Schwierigkeit ist einfach, dass dort Initiativen, halbstaatlich, staatlich und alle wühlen da irgendwie rum und keiner ist der anderen irgendwie verpflichtet.« (Interview 3, Z. 431 ff.)

Der Ansatz des Case Managements ist für die Bearbeitung von Mehrfachproblemlagen entwickelt worden. Der Fall steht hierbei im Mittelpunkt des Geschehens (vgl. Neuffer 2009: 10). Hilfebedürftigen soll durch diese Arbeitsweise Dienstleistungen zugänglich gemacht werden, die sie für die Bewältigung ihrer belastenden Situation benötigen. Die Fallverantwortung liegt während des gesamten Hilfeprozesses beim Case Manager. Dieser »(...) übernimmt die Fall- und Systemsteuerung, bindet personelle und institutionelle Netzwerkarbeit ein, beteiligt sich am Aufbau eines professionellen und nicht-professionellen Unterstützungssystems« (Neuffer 2009: 18 f.). Hilfeempfänger haben entsprechend eine verantwortliche Ansprechperson, mit der eine emotionale und inhaltliche Reflektion vorgenommen wird und die sie im gesamten Verlauf kontaktieren können. Beziehungsarbeit bildet somit die Grundlage für ein vertrauensvolles Miteinander. Ausgangspunkt für die Hilfen stellen die Ressourcen des Betroffenen und die seines sozialen Netzes, wobei die angebotenen Hilfen so wenig wie möglich in die Lebenswelt eingreifen (vgl. ebd.). Der Case Manager übernimmt im gesamten Hilfeprozess unterschiedliche Rollen und Funktionen, die in der Regel nebeneinander ausgeführt werden: Anwalt, Berater, Mediator, Krisenmanager, Netzwerker, Coach (vgl. ebd.: 61). Der Kern der Aufgabe liegt in der Ermittlung, Konstruktion und Überwachung eines sozialen

Netzwerkes, das für die Bearbeitung der belastenden Situation hilfreich ist. Es wird somit eine Schlüsselrolle zwischen Hilfebedürftigen und den potentiellen Hilfsquellen eingenommen (vgl. Galuske 2007: 199).

Der Hilfeprozess gestaltet sich in einer sinnvollen Abfolge von Handlungsschritten, so genannten Phasen. In der Literatur befinden sich unterschiedliche Modelle (vgl. Galuske 2007: 199). Neuffer unterteilt den Ablauf in sechs aufeinanderfolgenden Phasen. Diese folgen einer inneren Logik und sind somit auf unterschiedliche Bereiche übertragbar. Wesentlich ist die Erfassung der Komplexität von Problemstellungen, um anschließend durch eine strukturierte Vorgehensweise den Kern herauszufiltern und effektiv und effizient Hilfe leisten zu können. Die Abfolge der einzelnen Phasen ist flexibel zu handhaben und erfordert eine ständige Anpassung an die Bedarfe im gesamten Prozess. So können sich im Verlauf Situationen für den Hilfeempfänger ergeben, die einen Rückgriff auf eine vorherige Phase und eine erneute Abstimmung erfordern (vgl. Neuffer 2009: 63).

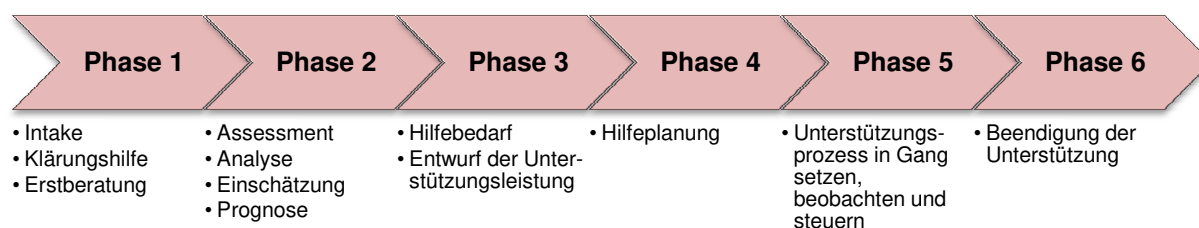


Abb. 2: Phasen des Case Managements nach Neuffer

Quelle: Eigene Darstellung

Die erste Phase kennzeichnet die Kontaktaufnahme mit einer verbundenen ersten Klärung und Bestandsaufnahme der Situation und führt letztlich zu einem Kontrakt zwischen Case Manager und Betroffenen. Eine umfangreiche Problem- und Ressourcenanalyse in Zusammenarbeit mit dem Betroffenen erfolgt in der zweiten Phase mit einer fachlichen Einschätzung und Prognose für den Hilfeverlauf. Es werden sodann gemeinsam Ziele für die Hilfestellung herausgearbeitet, um daraus den Hilfebedarf abzuleiten und einen ersten Entwurf möglicher geeigneter und notwendiger Hilfen zu erstellen (dritte Phase). Die vierte Phase umfasst die konkrete Hilfeplanung, in der eine Auswahl und Festlegung der Hilfen erfolgt mit einer Überleitung in die Hilfemaßnahmen durch den Case Manager. In diesem Schritt werden ebenso die Interventionen des Case Managers festgelegt und ein Kontrakt geschlossen. In der fünften Phase wird der Unterstützungsprozess in Gang gesetzt, beobachtet und gesteuert. Eine ständige Überprüfung der Vorgänge in Bezug auf Wirksamkeit und Akzeptanz auf Seiten des Betroffenen sowie in Bezug auf die Kooperation der beteiligten Hilfeleistenden, stellt die Ausrichtung der Leistungen an den zuvor vereinbarten Zielen sicher. Es erfolgt in einem letzten Schritt eine Bewertung durch alle Beteiligten sowie die Evaluation und Aus-

wertung. Aus der sechsten Phase ergibt sich nicht zwingend eine Beendigung der Hilfeleistungen, es kann sich vielmehr auch eine Vermittlung in andere oder weiterführende Hilfen ergeben (vgl. ebd.: 64 ff.). Aufgrund der durchgehenden Fallverantwortung des Case Managers entsteht eine reflektierte und tragende Arbeitsbeziehung, die sich auszeichnet durch ein gezieltes und geplantes Handeln sowie durch ein Verfahren, das den Erfolg der jeweiligen Maßnahmen im Blick hat und durch dessen Auswertung die Sinnhaftigkeit eingeschätzt werden kann. Klienten können dies in aller Regel allein nicht überblicken und kennen weder ihre persönlichen noch gesetzlichen Handlungsspielräume (vgl. ebd.: 61 f.).

Monzer plädiert für eine Etablierung des Case Management Ansatzes in die Wohnungslosenhilfe. Nachdrücklich weist er darauf hin, dass eine vollständige Implementierung nur gegeben ist, wenn sowohl das Management des Falls (Case Management) als auch die Systemsteuerung (Care Management) ausreichend einbezogen werden. Care Management meint »(...) die reibungslose, integrierte Organisation von Versorgungsleistungen durch den Aufbau und die Etablierung von fallübergreifenden regionalen und organisationalen Netzwerken« und bildet somit die Grundlage für die Entwicklung stabiler Versorgungsstrukturen für den Einzelfall. Da die Wohnungslosenhilfe oft durch akute Problemsituationen gekennzeichnet ist, gilt es vorerst diese zu beheben bevor es zu einer systematischen Vorgehensweise kommt. Case Management bietet sich nur für Problemlagen an, die einen längeren Prozess in der Unterstützung erfordern. Der Einsatz kann über den einzelnen Fall hinaus auch für eine Optimierung in der Angebotsstruktur genutzt werden. Die Ziele im Einzelfall sollten sich daher stets an der Klientenperspektive orientieren und nicht an den Angeboten, um eventuelle Versorgungslücken aufzufindig zu machen und bedarfsgerechte Maßnahmen zu schaffen (vgl. Monzer 2008: 46 ff.).

Schwierigkeiten in der Umsetzung von Case Management für den Personenkreis der psychisch kranken Wohnungslosen sieht Drgala vor allem in Einschränkungen, die sich aus der Trennung der beiden zuständigen Systeme ergeben. So ist ein Sozialarbeiter, der in einer Einrichtung nach §§ 67 ff. SGB XII tätig ist, nicht ausreichend qualifiziert, um die Lebenslage des Betroffenen umfassend – insbesondere im Hinblick auf den psychiatrischen Versorgungsbedarf – einzuschätzen (vgl. Drgala 2008: 145). Bestätigung findet dieser Aspekt durch Rosenke, die das zentrale Problem der Versorgung ebenso in der fachlichen Kompetenz der Wohnungslosenhilfe zur professionellen und psychosozialen Hilfe sieht (vgl. Rosenke 2009: 23). Weiterhin ergeben sich Einschränkungen in der Anwendbarkeit, die sich, so Drgala, im Rahmen der Vernetzung nur für den ambulanten Bereich realisieren ließe. Stationäre Leistungen können aufgrund der medizinischen Bedarfe nur im Rahmen von §§ 53 ff. SGB XII erfolgen und erfüllen durch den stationären Charakter bereits die ganzheitliche Hilfeleistung (vgl. Drgala 2008: 145).

Die Einzelfallorientierung in der Wohnungslosenhilfe beinhaltet bereits unterschiedliche Aspekte des Case Managements. Nutzbar erscheinen vor allem Elemente der Systemsteuerung (vgl. Monzer 2008: 50). Nach Wendt gehören aus stationärer Behandlung entlassene psychisch kranke Menschen aufgrund nicht selten folgender Wohnungslosigkeit und einer Lebenslage, die durch eine Mehrfachbelastung gekennzeichnet ist, zum Personenkreis für die der Ansatz des Case Managements vorgesehen ist (vgl. Wendt 2008: 216).

5 Ausblick für Hamburg

Untersuchungen belegen einen hohen Anteil psychisch Kranker im Bereich der Wohnungslosigkeit. Mindestens eine psychiatrische Auffälligkeit lässt sich nach repräsentativen Studien bei 70 bis 95 Prozent feststellen (vgl. Eikermann/ Reker/ Zacharias 2002: 46). Die Zahlen weisen auf eine große Relevanz der Thematik hin. Eine Versorgung des Personenkreises allein durch die Wohnungslosenhilfe ist nicht ausreichend und doch in vielen Fällen die Realität. Eine große Schwierigkeit für den Personenkreis ergibt sich aus der Tatsache, dass sie von zwei unterschiedlichen Hilfesystemen abhängig sind - von der Wohnungslosenhilfe als sozialem Sicherungssystem und von der Psychiatrie als therapeutischem System. Grundsätzlich haben Menschen, die wohnungslos und psychisch krank sind, einen Rechtsanspruch auf Hilfen nach dem Sozialgesetzbuch. Insbesondere sind dies die Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten nach §§ 67 ff. SGB und Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach §§ 53 ff. SGB XII. Auf der einen Seite handelt es sich um die Problematik der Wohnungslosigkeit und auf der anderen Seite um die psychische Erkrankung. Das grundsätzliche Ziel beider Hilfeformen liegt in der Integration des Leistungsberechtigten in die Gemeinschaft. Die Hilfen erfolgen in der Regel in speziell für den ein oder anderen Personenkreis konzipierten und spezialisierten Einrichtungen. Sowohl das Wohnungslosenhilfesystem als auch die psychiatrischen Einrichtungen sind überfordert, da sie je auf einen spezifischen Bedarf ausgerichtet sind. Der Klient bleibt in vielen Fällen zumindest psychiatrisch unterversorgt. Ein mehrfach belasteter Mensch trifft auf spezialisierte Hilfeangebote.

Das Hamburger Wohnungslosenhilfesystem verfügt über ein vielfältiges und umfassendes Angebot an Hilfeleistungen. Bei einem Blick auf Angebote für psychisch kranke Wohnungslose wird schnell deutlich, dass die wenigen Möglichkeiten, die es gibt, eine Kooperationsbereitschaft oder -fähigkeit von Seiten des Betroffenen erfordern. Einige Menschen sind durch ihre Krankheit so stark eingeschränkt, dass sie diese Fähigkeiten nicht mehr aufbringen können. Das psychiatrische Hilfesystem erreicht diesen Personenkreis nur unzureichend.

Die Ergebnisse aus der Befragung machen deutlich, dass beide Hilfesysteme getrennt voneinander ihren Versorgungsauftrag nur unzureichend erfüllen können. Die Aussagen belegen, dass es strukturelle Defizite in der Versorgung psychisch kranker Wohnungsloser gibt. Eine psychiatrische Regelversorgung für den Personenkreis auf der Straße lebender Menschen ist nicht vorgesehen. Eine Zusammenarbeit zwischen Wohnungslosenhilfe und Psychiatrie zeigt sich in Teilen, ist aber zurückhaltend und erfolgt willkürlich. Deutlich zeigt das Interviewmaterial ein unterschiedliches Problemverständnis und eine unterschiedliche Zielsetzung in der Tätigkeit der einzelnen Akteure sowie der Betroffenen. Werden diese unter-

schiedlichen Interessen nicht hinreichend erkannt und thematisiert, so erschwert dies eine gelingende Kooperation. Schnittstellenprobleme ergeben sich weiterhin durch mangelnde Definition von verbindlichen Zuständigkeitsbereichen, wie sich auch am Beispiel Hamburg erkennen lässt. Ein gemeinsames Bewusstsein über die Zuständigkeit ist ein erster Schritt.

Am Beispiel Köln lässt sich erkennen, dass eine Versorgung auch für diesen Personenkreis möglich ist – durch eine Zusammenarbeit von Wohnungslosenhilfe und Psychiatrie. Eine gemeinsame Philosophie verbunden mit einer gemeinsamen Zielsetzung und verbindlichen Zuständigkeitsregelungen lässt die Zusammenarbeit gelingen. In einer möglichen Projektarbeit könnten Überlegungen angestellt werden wie ein ähnliches Projekt in Hamburg realisiert werden könnte.

Mit einer Anwendung von Case Management können Zuständigkeitslücken geschlossen werden. Gerade für die Bearbeitung von Mehrfachproblemlagen ist dieser Ansatz entwickelt worden. Der Case Manager als Koordinator und Begleiter im Hilfeprozess kann dafür Sorge tragen, dass Hilfe optimal eingesetzt wird und somit auch zu einer effizienten Ressourcenverteilung führt. Durch die klientenzentrierte Ausrichtung ist es möglich eventuelle Angebotslücken aufzudecken. Daher bietet Case Management eine gute Grundlage, um darauf aufbauend neue Konzepte zur Schließung dieser Lücken zu entwickeln. In einer weitergehenden Untersuchung wäre zu prüfen wer die Aufgabe des Case Managers im Hamburger Hilfesystem ausführen könnte.

Die vorliegende Arbeit zeigt, dass eine zufriedenstellende Versorgung der Betroffenen in Hamburg besser gelingen könnte, wenn die Grenzen der Systeme überschritten und überwunden werden. Ausgerichtet an den derzeitigen Rahmenbedingungen durch das Gesetz Möglichkeiten zu schaffen ist vielleicht nicht einfach aber auch nicht unmöglich. Projektartige Anfänge sind gelegt, es gilt diese auszubauen und eine flexible Handhabung der gesetzlichen Vorgaben durch Aufklärung und Gemeinsamkeit zu erreichen. Die Betroffenen halten sich im Wohnungslosenmilieu auf, hier sollten sie zunächst auch abgeholt werden: durch psychiatrisch kompetente Fachkräfte und Mitarbeitern aus der Wohnungslosenhilfe.

LITERATURVERZEICHNIS

- Ansen, Harald 2007: Ein Leben auf Sparflamme. In: Blätter der Wohlfahrtspflege, Heft 3/2007, S. 92-96
- Drgala, Jürgen 2008: Die Wirkungslosigkeit des Hilfesystems für Personen mit besonderen sozialen Schwierigkeiten (§§ 67, 68 SGB XII). Zum Erfordernis angepasster Leistungen für diesen Personenkreis. Band 6. Schriftenreihe: Igl, Gerhard/ Felix, Dagmar (Hrsg.): Sozialrecht und Sozialpolitik in Europa. Münster: LIT Verlag
- Eichenbrenner, Ilse 2002: Lebensraum Straße. Sich aufhalten – ohne festen Wohnsitz. In: Bock, Thomas/ Weigand, Hildegard (Hrsg.): Hand-werks-buch Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 120-135
- Eikermann, Bernd/ Reker, Thomas/ Zacharias, Barbara 2002: Wohnungslose psychisch Kranke. Zahlen und Fakten. In: Nouvertné, Klaus/ Wessel, Theo/ Zechert, Christian (Hrsg.): Obdachlos und psychisch krank. Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 42-56
- Fichter, Manfred M. 2000: Psychiatrie der Obdachlosigkeit. In: Helmchen, Hanfried/ Henn, Fritz/ Lauter, Hans/ Sartorius, Norman (Hrsg.): Psychiatrie der Gegenwart. Band 3: Psychiatrie spezieller Lebenssituationen. Berlin: Springer-Verlag, S. 579-588
- Flick, Uwe 2007: Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag
- Freudenberg, Dorothee 2009: Mit Beharrlichkeit und Sensibilität – Psychiatrische Straßenvi-site für Obdachlose in der Hamburger Innenstadt. In: Sozialpsychiatrische Informationen. 39. Jahrgang. Heft 4/2009, S. 26-29
- Galuske, Michael 2007: Methoden der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. Weinheim und München: Juventa Verlag
- Genz, Hermann/ Gunia, Birgit/ Krütt-Hüning, Norbert/ Schleicher, Michael/ Schmalz, Ulla/ Schwendy, Arnd 2002: Das Kölner Kooperationsmodell. In: Nouvertné, Klaus/ Wessel, Theo/ Zechert, Christian (Hrsg.): Obdachlos und psychisch krank. Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 146-157
- Gläser, Jochen/ Laudel, Grit 2009: Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Hesse-Lorenz, Helma/ Zanjani, Renate 2002: Wohnungslosigkeit bei Frauen ist unsichtbar. In: Nouvertné, Klaus/ Wessel, Theo/ Zechert, Christian (Hrsg.): Obdachlos und psychisch krank. Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 115-125

- Kellinghaus, Christoph 2000: Wohnungslos und psychisch krank. Eine Problemgruppe zwischen den Systemen. Konzepte – empirische Daten – Hilfsansätze. Münster: LIT Verlag
- Lutz, Ronald/ Simon, Titus 2007: Lehrbuch der Wohnungslosenhilfe. Eine Einführung in Praxis, Positionen und Perspektiven. Weinheim und München: Juventa Verlag
- Masanz, Klaus 2008: Krisenintervention bei wohnungslosen psychisch kranken Menschen. In: wohnungslos. Heft 3/08, S. 106-110
- Meuser, Michael/ Nagel, Ulrike 2002: Experteninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Bogner, Alexander/ Littig, Beate/ Menz, Wolfgang (Hrsg.): Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung. Opladen: Leske + Budrich, S. 71-93
- Meuser, Michael/ Nagel, Ulrike 2003: Das ExpertInneninterview – Wissenssoziologische Voraussetzungen und methodische Durchführung. In: Friebertshäuser, Barbara/ Prengel, Annedore (Hrsg.): Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. Weinheim und München: Juventa Verlag, S. 481-491
- Monzer, Michael 2008: Care und Case Management in der Wohnungslosenhilfe. In: wohnungslos. Heft 2/08, S. 45-51
- Neuffer, Manfred 2009: Case Management. Soziale Arbeit mit Einzelnen und Familien. Weinheim und München: Juventa Verlag
- Nouvertné, Klaus 2002: Neue Perspektiven. In: Nouvertné, Klaus/ Wessel, Theo/ Zechert, Christian (Hrsg.): Obdachlos und psychisch krank. Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 168-178
- Rogosch, Josef K. 2009: Hamburger Sicherheits- und Ordnungsrecht. SOG/PolDVG mit Erläuterungen. Stuttgart: Richard Boorberg Verlag
- 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 – In: wohnungslos. Heft 2/03, S. 61-63
- Roscher, Falk 2008: Kommentar der §§ 67-69 SGB XII. In: Sozialgesetzbuch XII. Lehr- und Praxiskommentar. Baden-Baden: Nomos
- Rosenke, Werena 2009: Das ist ja zum Ver-rücktwerden – Wohnungslose und ihre (Sehn)Süchte. In: Sozialpsychiatrische Informationen. 39. Jahrgang. Heft 4/2009, S. 20-25
- Salize, Hans J. 2005: Schnittstellen erschweren Hilfe. Gemeindepsychiatrie und angrenzende Arbeitsfelder – Beispiel der Wohnungslosenhilfe. In: Blätter der Wohlfahrtspflege. Heft 4/2005, S. 127-130

- Salize, Hans J./ Dillmann-Lange, Cornelia/ Kentner-Figura, Beate 2002: Versorgungsbedarf psychisch kranker Wohnungsloser – Sind wir in der Lage ihn zu erkennen? In: Nouvertné, Klaus/ Wessel, Theo/ Zechert, Christian (Hrsg.): Obdachlos und psychisch krank. Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 28-40
- Schild, Walter 1999: Versorgung von psychisch kranken wohnungslosen Frauen und Männern: Qualitätssicherung und Schnittstellenprobleme. In: wohnungslos. Heft 2/99, S. 59-62
- Schmidt, Christiane 2003: „Am Material“: Auswertungstechniken für Leitfadeninterviews. In: Friebertshäuser, Barbara/ Prengel, Annedore (Hrsg.): Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. Weinheim und München: Juventa Verlag, S.544-568
- Schmidt-Grunert, Marianne (Hrsg.) 2004: Sozialarbeitsforschung konkret. Problemzentrierte Interviews als qualitative Erhebungsmethode. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag
- Theison, Inge 2002: Erst einmal akzeptieren! In: Nouvertné, Klaus/ Wessel, Theo/ Zechert, Christian (Hrsg.): Obdachlos und psychisch krank. Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 134-145
- Wendt, Wolf R. 2008: Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Eine Einführung. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag

ONLINELITERATUR

- Aktion Psychisch Kranke Psychisch kranke Menschen in Deutschland. Letzte Aktualisierung: 22.12.2009. Online verfügbar unter: <http://www.psychiatrie.de/apk/wir/?print=true> (Stand: 13.01.2010)
- BAG Wohnungslosenhilfe 2008: Psychische Erkrankungen bei wohnungslosen Frauen und Männern. Darstellung der Problemlagen und Handlungsbedarfe. Ein Positionspapier der BAG Wohnungslosenhilfe Online verfügbar unter: <http://www.bag-wohnungslosenhilfe.de/index2.html> (Stand: 09.02.2010)
- BAG Wohnungslosenhilfe 2009: Schätzung der Zahl der Wohnungslosen und der von Wohnungslosigkeit Bedrohten. Online verfügbar unter: <http://www.bag-wohnungslosenhilfe.de/index2.html> (Stand: 10.01.2010)
- Bundesministerium der Justiz: Gesetze im Internet. Letzte Aktualisierung: 30.07.2009. Online verfügbar unter: http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_12/BJNR302300003.html#BJNR302300003BJNG001200000 (Stand: 17.01.2010)
- Forschungsverbund Wohnungslosigkeit und Hilfe in Wohnungsnotfällen 2005: Gesamtbericht Oktober 2005. Online verfügbar unter: <http://www.iwu.de/forschde/dateien/FVGesamtbericht.pdf> (Stand: 09.02.2010)
- Hamburgische Bürgerschaft (Hrsg.) 2009: Lebensbedingungen in Unterkünften der öffentlich-rechtlichen Unterbringung in Hamburg und vergessene Wohnungslose im System der Fachstellen für Wohnungslose. Drucksache 19/3572. Online verfügbar unter: <http://www.buergerschaft-hh.de/parldok/> (Stand: 16.01.2010)
- Schaak, Torsten 2009: Obdachlose, auf der Straße lebende Menschen in Hamburg 2009. Eine empirische Untersuchung. hrsg. von der Freien und Hansestadt Hamburg. Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz. Online verfügbar unter: <http://www.hamburg.de/contentblob/1715526/data/obdachlosenstudie-2009.pdf> (Stand: 13.01.2010)

EHRENWÖRTLICHE ERKLÄRUNG

»Ich versichere die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt zu haben. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus anderen Quellen übernommen sind, haben die nötige Kenntlichmachung erhalten.

Die vorliegende Arbeit wurde noch keiner Prüfungsbehörde in gleicher oder ähnlicher Form vorgelegt.«

Hamburg, 26. Februar 2010