

Zugänge zu gesundheitlichen Hilfen für wohnungslose Menschen verbessern. Empfehlungen des Deutschen Vereins für eine Kooperation sozialer und gesundheitsbezogener Hilfen

Die Empfehlungen wurden im Arbeitskreis „Hilfen für Gefährdete“ erarbeitet, in den Fachausschüssen „Rehabilitation und Teilhabe“ sowie „Sozialpolitik, Soziale Sicherung, Sozialhilfe“ beraten und am 18. Juni 2014 vom Präsidium des Deutschen Vereins verabschiedet.



Inhalt

Einleitung	3
1. Problemstellung	3
1.1 Gesundheitliche Lage wohnungsloser Menschen	3
1.2 Rechtliche Grundlagen	4
2. Handlungsbedarfe und Lösungsansätze	10
2.1 Niedrigschwellige medizinische Versorgung	10
2.2 Hilfen bei psychischen Beeinträchtigungen und Erkrankungen	12
2.3 Hilfen bei Suchtmittelmissbrauch und Suchterkrankungen	15
3. Schlussfolgerungen für eine Kooperation der Hilfesysteme	17

Einleitung

Wohnungslosigkeit stellt eine besondere Form von Armut und sozialer Ausgrenzung dar. In Verbindung mit ihrer materiellen und sozialen Mangellage leidet ein hoher Anteil der Betroffenen an gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Sie finden in der Regel schwerer Zugang zu gesundheitlichen Hilfen und zur gesundheitlichen Versorgung als Menschen in gesicherten Wohnverhältnissen.

Mit den folgenden Empfehlungen will der Deutsche Verein Lösungsansätze für eine Verbesserung des Zugangs zu einer gesundheitlichen Versorgung für wohnungslose Menschen aufzeigen. Es werden Lösungen für eine Kooperation zwischen öffentlichen und freien Trägern des Sozialwesens und Trägern des Gesundheitswesens zur Versorgung kranker wohnungsloser Menschen vorgestellt. Ziel der Kooperation ist die Schließung von Versorgungslücken. In Fällen von Krankheit sollen wohnungslose Menschen notwendige medizinische Behandlung erhalten. Dabei sollen sie in die gesundheitliche Regelversorgung überführt werden, wo immer das möglich ist. Die Empfehlungen wenden sich an die Verantwortlichen in Bund, Ländern und Kommunen, an Akteure des Sozial- und Gesundheitswesens und der Freien Wohlfahrtspflege.

Der Personenkreis, der mit den Hilfen erreicht werden soll, umfasst wohnungslose und von Wohnungslosigkeit bedrohte Menschen (im Folgenden kurz: „wohnungslose Menschen“), die körperlich oder psychisch erkrankt, suchtkrank oder suchtgefährdet sind und bislang nicht ausreichend gesundheitlich versorgt werden. Wohnungslos sind Menschen, die ohne jegliche Unterkunft auf der Straße leben, die ohne Mietvertrag in Notunterkünften untergebracht sind oder die in sozialen Einrichtungen und Diensten der Wohnungslosenhilfe betreut werden. In bedrohten Wohnverhältnissen leben Menschen, bei denen ein Wohnungsverlust aufgrund zwingender Gründe (Kündigung des Mietverhältnisses, Räumungsklage) unmittelbar bevorsteht. Im Folgenden wird nur auf Personen deutscher Staatsangehörigkeit, Unionsbürgerinnen und -bürger sowie Drittstaatsangehörige mit legalem Aufenthalt im Sinne des Gesetzes über den Aufenthalt, die Erwerbstätigkeit und die Integration von Ausländern im Bundesgebiet eingegangen.

1. Problemstellung

1.1 Gesundheitliche Lage wohnungsloser Menschen

Die Zahl der Wohnungslosen nimmt in Deutschland seit dem Jahr 2008 zu. Rund 284.000 Menschen waren im Jahr 2012 in Deutschland ohne Wohnung. Von diesen lebten 24.000 Menschen ohne jede Unterkunft auf der Straße. Weitere 130.000 Menschen waren aufgrund von Kündigung oder Räumungsklage oder anderer zwingender Gründe unmittelbar von Wohnungslosigkeit bedroht. Bis zum Jahr 2016 wird ein weiterer Anstieg der Wohnungslosen auf rund 380.000 Personen befürchtet.¹

Ihr Ansprechpartner
im Deutschen Verein:
Andreas Krampe

¹ BAG Wohnungslosenhilfe e.V. (Hrsg.): Zahl der Wohnungslosen in Deutschland weiter gestiegen, Bielefeld, Stand: 1. August 2013, In Deutschland gibt es keine bundeseinheitliche Wohnungsnotfall-Berichterstattung. Die Zahlen werden aus einem Schätzmodell abgeleitet, das sich aus Beobachtungen der Veränderungen des Wohnungs- und Arbeitsmarktes, der Zuwan-



Wohnungslose Menschen tragen eine erhöhte Last an behandlungsbedürftigen körperlichen und psychischen Erkrankungen. Bei dieser Personengruppe häufen sich u.a. Erkrankungen der Atmungsorgane, der Verdauungsorgane, des Herz- und Kreislaufsystems, Hauterkrankungen sowie Zahnerkrankungen. Als psychische Erkrankungen werden in Studien u.a. vermehrt affektive Störungen, Angststörungen sowie Suchtmittel assoziierte Erkrankungen diagnostiziert.²

Der schlechte Gesundheitszustand wohnungsloser Menschen ist oftmals die Folge ihrer Lebensbedingungen. Dies tritt in gravierender Weise bei Menschen zutage, die ohne Unterkunft auf der Straße leben. Kälte, Nässe, schlechter Schlaf, mangelhafte Ernährung, Angst vor Gewalt sowie die belastende Lebenssituation von Armut, Mangel an Unterstützung, Abwertung und Ausgrenzung beeinträchtigen die körperliche und psychische Gesundheit. Suchtmittel werden unter anderem genutzt, um Belastungen der Wohnungslosigkeit erträglich zu machen. Dabei überschätzen die Betroffenen häufig ihren Gesundheitszustand. Auch Menschen in bedrohten Wohnverhältnissen sowie Wohnungslose, die vom Hilfesystem der Wohnungslosenhilfe aufgenommen werden, haben eine erhöhte Krankheitsbelastung. Hier werden neben Suchterkrankungen auch weitere psychische Erkrankungen diagnostiziert.³

Individuelle und strukturelle, d.h. administrative und finanzielle Barrieren tragen dazu bei, dass wohnungslose Menschen die bestehenden Angebote der gesundheitlichen Regelversorgung nicht oder in nicht ausreichendem Maße wahrnehmen. In der Folge werden körperliche wie auch psychische Krankheiten nicht erkannt oder behandelt. Dadurch werden ein erschwerter Krankheitsverlauf, Chronifizierung sowie die Entstehung von Mehrfacherkrankungen begünstigt. Die Lebenserwartung unter langjährig Wohnungslosen ist deutlich geringer als in der Gesamtbevölkerung.⁴

Die Angebote der Wohnungslosenhilfe, ob in öffentlicher oder in freigemeinnütziger Trägerschaft, bilden für wohnungslose Menschen meist den ersten Kontakt mit dem Hilfesystem. Dies gilt auch, wenn diese Menschen in ihrer Gesundheit beeinträchtigt oder erkrankt sind. Für das Hilfesystem stellt sich in dieser Situation die schwierige Aufgabe, in einer drohenden oder eingetretenen sozialen Notlage rasch und gezielt die erforderliche und passende persönliche und soziale Unterstützung anzubieten und dabei auch die benötigten gesundheitsbezogenen Hilfen zu erschließen.

derung, der Sozialhilfebedürftigkeit sowie regionaler und lokaler Wohnungslosenstatistiken zusammensetzt.

2 Die Befunde beruhen auf regionalen Studien zum Gesundheitszustand von wohnungslosen Menschen in Angeboten der Wohnungslosenhilfe oder in Unterbringung. Bundesweit repräsentative Erhebungen gibt es nicht. Die Datenlage muss deshalb als unbefriedigend bewertet werden. Siehe: Trabert, J.: Gesundheit und Gesundheitsversorgung von wohnungslosen Menschen in Deutschland. Vortrag auf der Fachtagung „Gesundheitliche Versorgung wohnungsloser Menschen“ am 6. Mai 2003 in München. Romas, R./Gaupp, B.: Psychisch Kranke in der Wohnungslosenhilfe, Materialien zur Wohnungslosenhilfe Heft 45, Bielefeld 2003.

3 Salize, H. J./Dillmann-Lange, C./Kentner-Figura, B./Reinhard, I.: Drohende Wohnungslosigkeit und psychische Gefährdung, in: Der Nervenarzt 2006, 77, S. 1345–1354.

4 Grabs, J./Ishorst-Witte, F./Püschel, K.: „Krank bin ich, wenn nichts mehr geht!“ Todesursachen wohnungsloser Menschen in Hamburg, in: Hamburger Ärzteblatt 5/2008, S. 6–8.



1.2 Rechtliche Grundlagen

Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V)

Anspruch auf medizinische Behandlung und weitere Versorgung im Gesundheitssystem haben alle, die in einer gesetzlichen oder privaten Krankenkasse versichert sind. Mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung – GKV-WSG vom 26. März 2007 (BGBl. I 2007, Nr. 11, S. 378) wurden auch Personen ohne anderweitige Absicherung im Krankheitsfall versicherungspflichtig (§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V). Allerdings wurden nicht sämtliche Empfänger/innen staatlicher Fürsorgeleistungen in die Versicherungspflicht einbezogen. Die Versicherungspflicht trat für Personen, die der gesetzlichen Krankenversicherung zuzuordnen sind, zum 1. April 2007 in Kraft. Personen, die der privaten Krankenversicherung zuzuordnen sind, sind seit dem 1. Januar 2009 verpflichtet, sich bei einer privaten Krankensicherung zu versichern.⁵ Personen, die bereits bei Inkrafttreten der gesetzlichen Regelungen Ansprüche auf laufende Leistungen nach dem SGB XII hatten, sind dagegen auch weiterhin nicht versicherungspflichtig.

Das Gesundheitssystem ist von den gesetzlichen Voraussetzungen her offen für wohnungslose Menschen. Gleichwohl gibt es noch immer für diesen Personenkreis Zugangsbarrieren.

Viele wohnungslose Menschen sind bei keiner Krankenkasse Mitglied. Dies geschieht aus Unkenntnis der Versicherungspflicht oder mangels der Möglichkeit, Krankenversicherungsbeiträge zu leisten. Diese Personen haben keine Krankenversichertenkarte. Sie gehören zu den sogenannten „Nichtversicherten“.⁶ Das wird erst offenbar, wenn sie bei einem Sozialhilfeträger oder Jobcenter soziale Leistungen beantragen und ihre Mitgliedschaft in einer Krankenkasse geprüft wird.

Die verspätete Mitgliedschaft bei der Krankenkasse führt regelmäßig zu Beitragsschulden aus rückwirkender Beitragspflicht. Sobald Beitragsrückstände in Höhe von insgesamt mindestens zwei Monatsbeiträgen aufgelaufen sind und trotz Mahnung nicht beglichen wurden, ruht der Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 16 Abs. 3 a Satz 2 SGB V). Die Betroffenen bleiben krankenversichert, erhalten aber neben bestimmten Früherkennungsuntersuchungen nur Leistungen, die zur Behandlung von akuten Schmerzzuständen oder akuten Erkrankungen sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Leistungen zur Verhütung von Krankheiten und deren Verschlimmerung, Leistungen zur Empfängnisverhütung, bei Sterilisation und bei Schwangerschaftsabbruch, zur medizinischen Rehabilitation sowie die Behandlung chronischer Erkrankungen werden nicht gewährt. Diese Leistungen werden von der Krankenversicherung erst wieder übernommen, wenn alle rückständigen Beiträge und die Beiträge für die Zeit des Ruhens gezahlt worden

5 Die Versicherungspflicht für Personen ohne anderweitige Absicherung im Krankheitsfall nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V gilt auch bei Einreise und Wohnortnahme in Deutschland nach Inkrafttreten dieser Regelung (z.B. deutsche Staatsbürger/innen, die nach einem Auslandsaufenthalt nach Deutschland zurückkehren).

6 Nach dem Mikrozensus des Statistischen Bundesamtes waren im Jahr 2011 rund 137.000 Personen in Deutschland nicht krankenversichert und besaßen auch keinen sonstigen Anspruch auf Krankenversicherung. Im Jahr 2009 waren es noch 196.000 Personen. Personen ohne Wohnung werden von dieser Zählung allerdings nicht erfasst. Siehe: Statistisches Bundesamt: Fachserie 13 Reihe 1.1 „Angaben zur Krankenversicherung – Ergebnisse des Mikrozensus 2011“, Wiesbaden 2012.

sind. Allerdings gilt diese Grundsatzregelung nicht für wohnungslose Menschen, die Leistungen nach dem SGB II oder SGB XII beziehen.

Das am 1. August 2013 in Kraft getretene Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung (BGBl. I, Nr. 38, S. 2423) brachte hier eine teilweise Entlastung. Dieses Gesetz sieht einen Erlass der Beitragsschulden und Säumniszuschläge aus rückwirkender Beitragspflicht für Versicherungspflichtige im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung vor, die sich bis zum 31. Dezember 2013 bei einer Krankenkasse angemeldet haben. Ab 2014 sind die nachzuzahlenden Beiträge nur noch angemessen zu ermäßigen (§ 256a SGB V), bzw. können diese auf der Grundlage des § 186 Abs. 11 Satz 4 SGB V angemessen ermäßigt, gestundet oder von ihrer Erhebung abgesehen werden. Säumniszuschläge für nachzuzahlende Beiträge sind auch bei einer Anmeldung nach dem 1. Januar 2014 zu erlassen.

Bislang ist noch nicht bekannt, wie viele Menschen das Gesetz zum Erlass von Beitragsschulden genutzt und sich bei einer Krankenkasse angemeldet haben. Der Deutsche Verein empfiehlt, diese Zahl so schnell wie möglich zu ermitteln. Sollte die Zahl der Nichtversicherten nicht deutlich zurückgegangen sein, müssen weitere Maßnahmen ergriffen werden, um einen Krankenversicherungsschutz auch für wohnungslose Menschen und für Menschen in Notlagen zu realisieren.

Bereits im Jahr 2009 wies der Deutsche Verein darauf hin, dass sich der Gesundheitszustand wohnungs- und mittelloser Menschen zunehmend verschlechtert.⁷ Als Ursache hierfür wurden die vermehrten Zuzahlungspflichten genannt, die mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) vom 14. November 2003 eingeführt wurden. Je verschreibungspflichtigem Arznei- und Verbandmittel sowie Hilfsmittel müssen seit dem 1. Januar 2004 grundsätzlich 10 % der Kosten zugezahlt werden (mindestens 5,-€, maximal 10,-€) (§ 61 SGB V). Darüber hinaus wurde die Übernahme von Kosten durch die Krankenkassen eingeschränkt. Nicht verschreibungspflichtige Arznei- und Verbandmittel sowie Hilfsmittel müssen selbst gezahlt werden. Die Kostenübernahme für Sehhilfen ist nur bei Versicherten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr sowie bei schwer sehbeeinträchtigten Versicherten möglich (§ 33 Abs. 2 SGB V). Fahrtkosten zur ambulanten Behandlung dürfen die Krankenkassen nur noch übernehmen, wenn sie „aus zwingenden medizinischen Gründen notwendig“ sind, und dies vorher beantragt wurde. Auch hier gelten Zuzahlungsregelungen (§ 60 Abs. 1 SGB V). Zwar hat der Gesetzgeber mit der Abschaffung der Praxisgebühr zum 1. Januar 2013 (BGBl. I S. 2789) ein wesentliches Zugangshemmnis beseitigt. Die Bestimmungen über die genannten Zuzahlungsregelungen stellen für Menschen in prekären Lebenssituationen jedoch nach wie vor eine Behandlungsbarriere dar.

Die früher bestehende Möglichkeit einer vollständigen Zuzahlungsbefreiung bei unzumutbaren Belastungen des Versicherten als Ermessensentscheidung der Krankenkassen wurde zum 1. Januar 2004 vollständig abgeschafft. Stattdessen wurden einheitliche Belastungsgrenzen festgelegt (2 % der Bruttoeinnahmen

⁷ Hinweise des Deutschen Vereins zur Verbesserung der gesundheitlichen Teilhabe vom 18. März 2009, NDV 2009, 119–122.

eines Kalenderjahres bei allen Versicherten über 18 Jahren sowie 1 % bei schwerwiegend chronisch kranken Versicherten) (§ 62 Abs. 1 SGB V). Die Vergünstigungen zu erreichen, fällt nach Berichten aus der Praxis insbesondere wohnungslosen Menschen besonders schwer. Die Zuzahlungsbefreiung setzt das Sammeln von Belegen und einen Antrag bei der Krankenkasse voraus. Dies stellt in belastenden Lebenssituationen oftmals eine Überforderung dar. Eine schwerwiegende chronische Erkrankung berechtigt darüber hinaus nur dann zu einer Ermäßigung der Belastungsgrenze, wenn der Versicherte u.a. in einem Jahr mindestens einmal pro Quartal wegen derselben Krankheit in ärztlicher Behandlung ist (Dauerbehandlung gemäß § 62 Abs. 1 SGB V). Diese Bedingungen werden Menschen, die aufgrund ihrer Lebenssituation nur eingeschränkt von der Regelversorgung erreicht werden, häufig nicht erfüllen.

Der Deutsche Verein erneuert deshalb an dieser Stelle seinen Hinweis, dass hilfebedürftigen Menschen mit besonderen gesundheitlichen Bedarfen in bestimmten Konstellationen unter der gegenwärtigen Rechtslage finanzielle Belastungen tragen müssen, die nicht hinreichend abgedeckt sind. Er fordert die Bundesregierung dazu auf, die Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung zukunftsweisend auf breiter Basis auszugestalten, um langfristig eine hochwertige, solidarische Gesundheitsversorgung zu gewährleisten und den Zugang aller – auch der hilfebedürftigen und gesundheitlich besonders beeinträchtigten Menschen – zu allen notwendigen Gesundheitsleistungen zu ermöglichen.⁸

Übernahme der Krankenbehandlung für nicht Versicherungspflichtige gegen Kostenerstattung (§ 264 SGB V)

Für Leistungsberechtigte gemäß SGB XII, die nicht gesetzlich gegen Krankheit versichert sind, übernehmen die Krankenkassen die Krankenbehandlung, sofern ihnen Ersatz der vollen Aufwendungen für den Einzelfall sowie eines angemessenen Teils ihrer Verwaltungskosten gewährleistet wird (§ 264 Abs. 2 Satz 1 SGB V). Auf wohnungslose Menschen trifft diese Regelung zu, wenn sie laufende Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt (3. Kapitel SGB XII), der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (4. Kapitel SGB XII), der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen (6. Kapitel SGB XII) oder der Hilfe zur Pflege (7. Kapitel SGB XII) beziehen (§ 5 Abs. 8a Satz 2 SGB V). Dies gilt dann, wenn sie die Hilfe zum Lebensunterhalt voraussichtlich mindestens einen Monat ununterbrochen beziehen (§ 264 Abs. 2 Satz 2 SGB V) und der Leistungsbezug vor dem Beginn der oben erläuterten Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V in einer Krankenkasse eingetreten ist (§ 190 Abs. 13 Satz 2 SGB V).

Die Leistungsberechtigten, die von der Regelung nach § 264 SGB V erfasst werden, haben eine Krankenkasse zu wählen, erhalten eine Krankenversicherungskarte und sind leistungsrechtlich mit den gesetzlich Krankenversicherten gleichgestellt. Sie haben Anspruch auf alle erforderlichen gesundheitlichen Leistungen

⁸ Hinweise des Deutschen Vereins zur Verbesserung der gesundheitlichen Teilhabe vom 18. März 2009, NDV/2009, S. 119-122.



einschließlich psychotherapeutischer Behandlung, die gesetzlich zur Krankenbehandlung vorgesehen sind.

Der § 264 SGB V kann als eine Auffangregelung interpretiert werden für Personen, die bereits vor der Einführung der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V durch das GKV-WSG Hilfen zum Lebensunterhalt bezogen haben und dieser Bezug ohne Unterbrechungen von jeweils mehr als einen Monat fortbestanden hat.⁹ Es erscheint nicht sinnvoll, Personen aufgrund eines Sozialhilfebezugs aus der gesetzlichen Krankenversicherung auszuschließen. Die Regelungen führen zu einem hohen Verwaltungsaufwand für eine kleine und immer weiter abnehmende Gruppe von Menschen.

Der Deutsche Verein empfiehlt deshalb eine gesetzliche Neuregelung im SGB V, dass auch Empfänger/innen von laufenden Leistungen nach dem SGB XII zu einem angemessenen Beitrag der gesetzlichen Versicherungspflicht unterliegen.

Hilfe bei Krankheit nach § 48 SGB XII

Im Rahmen der Hilfen zur Gesundheit nach dem fünften Kapitel des SGB XII werden gesundheitliche Leistungen erbracht, die den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung entsprechen (§ 52 Abs. 1 Satz 1 SGB XII). Die Hilfe bei Krankheit nach § 48 SGB XII umfasst dabei alle gesetzlichen Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (§§ 27 bis 52 SGB V). Allerdings können nur hilfebedürftige Personen Leistungen nach § 48 SGB XII erhalten, die nicht unter den Regelungsbereich des § 264 Abs. 2 SGB V fallen (gesetzlicher Nachrang).

In der Praxis bedeutet dies, dass die Hilfe bei Krankheit in Ausnahmefällen zur Anwendung kommt. Personen, die bisher keine anderen Hilfen erhalten und die Hilfe bei Krankheit beanspruchen wollen, müssen sich an den Sozialhilfeträger wenden.¹⁰ Die Hilfe wird gewährt, wenn eine Krankheit vorliegt und der Hilfesuchende voraussichtlich weniger als einen Monat ununterbrochene Hilfe zum Lebensunterhalt bezieht oder ausschließlich Leistungen zur Beratung und Unterstützung (nach § 11 Abs. 5 Satz 3 SGB XII) oder zur Alterssicherung (nach § 33 SGB XII) bezieht.

Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten nach §§ 67 ff. SGB XII

Wohnungslose Menschen, die ihre Notlage aufgrund unzureichender Bewältigungskompetenzen oder aufgrund sozialer Ausgrenzung durch ihre Umwelt nicht aus eigener Kraft überwinden können, haben Anspruch auf „Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten“ (nach §§ 67 ff. SGB XII). Diese Hilfe wendet sich an Personen, die eine prekäre Lebenslage („besondere Lebensverhältnisse“) verbunden mit einer sozialen Ausgrenzung („soziale

⁹ Eine Ausnahme bilden Haftentlassene im Sozialhilfebezug. Hier ist die Gesetzeslage nach wie vor so, dass nur Haftentlassene, die Sozialhilfe nach der Haftentlassung beantragen, in die Versicherungspflicht eintreten. Bei Strafgefangenen, die bereits vor oder am Tag der Haftentlassung Sozialhilfe beantragen und diese am Tag der Haftentlassung beziehen, ist die Pflichtversicherung aufgrund von § 5 Abs. 8a SGB V verwirkt. Diese Personen unterliegen weiterhin dem Verfahren der Übernahme der Krankenbehandlung für nicht Versicherungspflichtige nach § 264 SGB V.

¹⁰ Bieritz-Harder, in: LPK-SGB XII, 9. Aufl. 2012, Rdnr. 8 zu § 48.



Schwierigkeiten“) nicht aus eigener Kraft beseitigen können. Besondere Lebensverhältnisse bestehen bei fehlender oder nicht ausreichender Wohnung, ungesicherter wirtschaftliche Lebensgrundlage, bei gewaltgeprägten Lebensumständen, bei Entlassung aus einer geschlossenen Einrichtung oder bei vergleichbaren nachteiligen Umständen (§ 1 Abs. 2 DVO zu § 69 SGB XII). Es werden insbesondere Beratung und persönliche Unterstützung für die Leistungsberechtigten und ihre Angehörigen erbracht (§ 68 SGB XII). Ausdrückliches Ziel ist es dabei auch, bei dem Leistungsberechtigten eine „gesundheitsbewusste Lebensweise“ zu fördern oder zu ermöglichen (§ 6 Nr. 3 DVO zu § 69 SGB XII).

Die Hilfen nach §§ 67 ff. SGB XII sollen immer dann greifen, wenn andere soziale Leistungen keine ausreichende oder geeignete Lösung bieten (gesetzlicher Nachrang). Die persönlichen Dienstleistungen dieser Hilfeart umfassen dabei keine Therapie oder Behandlung, sondern sozialarbeiterische und sozialpädagogische Beratung und Unterstützung. Hierzu gehört auch, erforderliche Hilfestellungen zu leisten bei der Inanspruchnahme in Betracht kommender Sozialleistungen (§ 3 Abs. 2 DVO zu § 69 SGB XII). Besteht neben der Hilfe zur Überwindung der sozialen Schwierigkeiten weiterer Hilfebedarf, sind die Ansprüche hierzu zu erschließen und zu realisieren.¹¹ Der Gesetzgeber hat dabei ausdrücklich auf die Möglichkeit der Kombination mit Hilfen anderer Leistungsträger hingewiesen. Besteht ein entsprechender Bedarf, ist „der verbundene Einsatz der unterschiedlichen Hilfen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch und nach anderen Leistungsgesetzen anzustreben“ (§ 2 Abs. 3 Satz 2 DVO zu § 69 SGB XII). Zur Durchführung der Maßnahmen ist ein Gesamtplan zu erstellen.

Die Hilfe nach §§ 67 ff. SGB XII stellt eine Hilfeart dar, die es ermöglicht, leistungsberechtigte wohnungslose Menschen im Hinblick auf eine Inanspruchnahme gesundheitlicher Leistungen zu unterstützen.

Der Deutsche Verein empfiehlt deshalb, Hilfskonzepte zu entwickeln und umzusetzen, die eine Kombination gesundheitlicher Leistungen und sozialer Hilfen nach §§ 67 ff. SGB XII umfassen.

Kommunale Eingliederungsleistungen, insbesondere Leistungen der psychosozialen Betreuung und der Suchtberatung (§ 16a Nr. 3 und Nr. 4 SGB II)

Wohnungslose Menschen, die leistungsberechtigt sind im Sinne des § 7 Abs. 1 SGB II, können Leistungen der psychosozialen Betreuung und der Suchtberatung nach § 16a Nr. 3 und Nr. 4 SGB II erhalten. Die Leistungen werden zur Verwirklichung einer ganzheitlichen und umfassenden Betreuung und Unterstützung bei der Eingliederung in Arbeit erbracht. Voraussetzung ist, dass die Leistungen für die Erreichung der Ziele der beruflichen Eingliederung erforderlich sind.¹²

¹¹ Roscher, in: LPK-SGB XII, 9. Aufl. 2012, Rdnr. 24 zu § 67.

¹² Knie, in: LPK-SGB II, 5. Auflage 2013, Rdnr. 2 sowie 10 zum § 16 a.



2. Handlungsbedarfe und Lösungsansätze

2.1 Niedrigschwellige medizinische Versorgung

Menschen, die an der Grenze zur Armut leben, denen Wohnungsverlust droht oder die bereits wohnungslos sind, suchen meist nur in Notfällen niedergelassene Ärzte oder Krankenhäuser auf. Die punktuelle Notfallhilfe dient ihnen als Ersatz für die fehlende medizinische Regelversorgung. Die Gründe hierfür liegen in den schwierigen Lebensbedingungen. Wer seine Wohnung verloren hat oder zu verlieren droht und mit sozialen Schwierigkeiten konfrontiert ist, drängt die Sorge um seine Gesundheit in den Hintergrund. Es fällt schwer, Termine, regelmäßigen Kontakt und Wartezeiten im Alltag zu organisieren. Neben diesen organisatorischen Gegebenheiten wirken die oben beschriebenen Zuzahlungspflichten als Barrieren. Die Folge ist, dass sich die medizinische Versorgung wohnungsloser Menschen häufig auf teure Notfallmedizin oder stationäre Aufnahme beschränkt. Präventive Hilfe, hausärztliche oder fachärztliche Versorgung werden zu wenig umgesetzt.

Um die Versorgung zu verbessern, wurden deshalb in einigen, insbesondere größeren Städten in den vergangenen Jahren niedrigschwellige aufsuchende medizinische Hilfen initiiert. Diese aufsuchenden Hilfen stellen einen Erstkontakt sowie eine medizinische Erstversorgung im Lebensumfeld der Menschen sicher, die in einer Situation der Wohnungslosigkeit oder der sozialen Schwierigkeiten keine oder nur unregelmäßig Hilfen im medizinischen Regelsystem in Anspruch nehmen.¹³

Der Deutsche Verein sieht in der Initiierung von aufsuchenden medizinischen Hilfen einen geeigneten Weg, um die gesundheitliche Versorgung von wohnungslosen Menschen zu verbessern. Der Deutsche Verein empfiehlt, solche aufsuchenden medizinischen Hilfen in Abhängigkeit von den örtlichen Bedingungen in den Kommunen zu realisieren.

Die aufsuchenden medizinischen Hilfen sollen folgende Anforderungen erfüllen:

- Die Hilfen zur medizinischen Versorgung sollen die Menschen dort aufsuchen, wo sie sich aufhalten. Dies kann mit mobilen Diensten in Form von Straßenambulanzen oder durch regelmäßige ambulante Sprechstunden (Arzt oder Ärztin mit pflegerischer Begleitung) an festen Orten erfolgen. Die festen Anlaufpunkte sollten an Angebote der Wohnungslosenhilfe (Beratungsstellen, Tagesaufenthalte) angebunden werden.
- Um den unterschiedlichen Zugangsvoraussetzungen der Zielgruppe gerecht zu werden, sollen möglichst gestufte Versorgungskonzepte angestrebt werden. Die Ausgestaltung hängt vom regionalen Bedarf ab. Die Versorgungskonzepte können reichen von einer aufsuchenden Arbeit auf der Straße und

¹³ Aufsuchende medizinische Hilfen für wohnungslose Menschen in sehr unterschiedlichen Formen finden sich u.a. in Aalen, Berlin, Bielefeld, Dortmund, Essen, Frankfurt a.M., Freiburg, Hamburg, Hannover, Köln, Mainz, München, Münster, Rottweil und in Stuttgart. Die Versorgungsangebote in Baden-Württemberg wurden im Auftrag des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg im Rahmen einer sozialwissenschaftlichen Evaluationsstudie systematisch erfasst und im Hinblick auf Beispiele guter Praxis bewertet. Siehe hierzu: IfaS – Institut für angewandte Sozialwissenschaften: Gesundheitliche Versorgung wohnungsloser Menschen in Baden-Württemberg, Stuttgart 2011.

in vorübergehenden Unterbringungsformen, über fahrbare Ambulanzen, regelmäßige hausärztliche und fachärztliche Sprechstunden in Angeboten der Wohnungslosenhilfe bis hin zu Behandlungen in Krankenwohnungen.

- Die medizinisch-pflegerische Beratung und Behandlung soll in Verbindung mit den vorhandenen sozialen Hilfeangeboten der Träger von Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten erbracht werden. Dies gewährleistet, dass den Patient/innen bzw. Klient/innen die erforderlichen gesundheitlichen und sozialen Hilfen zukommen.
- Die aufsuchenden medizinischen Hilfen sollen in das gesundheitliche Regelsystem integriert werden. Dies kann durch eine Ermächtigung der gesundheitlichen Hilfen als Institutsambulanzen durch die örtlichen Kassenärztlichen Vereinigungen sowie eine Vernetzung mit niedergelassenen Fachärzten und örtlichen Kliniken erfolgen. Übergeordnetes Ziel soll sein, Zugänge in das gesundheitliche Regelsystem zu ebnen und zu erleichtern. Damit wird die Bildung eines parallelen Systems neben dem Regelsystem oder eines „Notversorgungssystems für Arme“ vermieden.
- Die Leistungen der medizinischen Hilfen müssen nach einem verbindlichen Standard dokumentiert und evaluiert werden. Dies ermöglicht es, Erkenntnisse über den Versorgungsbedarf von wohnungslosen und von Wohnungslosigkeit bedrohten Menschen, über die Wirkungen und über die Anforderungen an die weitere Konzeptentwicklung der medizinischen Hilfen zu erhalten.

Die aufsuchenden medizinischen Hilfen müssen durch verlässliche Finanzierungsstrukturen gesichert werden. Die aufsuchenden medizinischen Hilfen sind vielfach durch den ehrenamtlichen Einsatz Einzelner, durch Eigenmittel von Kirchen und Wohlfahrtsverbänden, durch Spenden sowie durch Modellprojekte möglich geworden. Dies ist alleine auf Dauer nicht ausreichend. Über die aufsuchenden medizinischen Hilfen werden überwiegend Menschen versorgt, die krankenversichert sind.¹⁴ Der Deutsche Verein fordert deshalb die Krankenversicherungen dazu auf, aufsuchende medizinische Hilfen für diesen Personenkreis zu unterstützen. Von der Etablierung niedrigschwelliger Zugänge zur gesundheitlichen Versorgung würden auch die Kommunen profitieren. Werden Menschen in prekären Lebenslagen besser gesundheitlich versorgt, kann dies dazu beitragen, ein Abgleiten in eine längerfristige volle Erwerbsminderung und damit in den Sozialhilfebezug zu vermeiden.

Beispielhafte Modelle für eine verlässliche Finanzierung von aufsuchenden medizinischen Hilfen für wohnungslose Menschen in Großstädten wurden in den Ländern Hamburg und Nordrhein-Westfalen realisiert.¹⁵ Im Land Nordrhein-Westfalen haben sich Gesetzliche Krankenkassen, die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kommunalen Spitzenverbände unter Moderation des zuständi-

14 94 % der Patientinnen und Patienten, die im Zeitraum 2004 bis 2010 die aufsuchende Gesundheitsfürsorge für Wohnungslose in der Stadt Hannover in Anspruch nahmen, waren zum Zeitpunkt der Behandlung gesetzlich krankenversichert. Siehe: Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen (ZQ). Einrichtung der Ärztekammer Niedersachsen (Hrsg.): Evaluation der „Aufsuchenden Gesundheitsfürsorge für Wohnungslose und von Wohnungslosigkeit bedrohte Menschen in Hannover“. Daten und Fakten zur aktuellen und für die zukünftige Gesundheitsversorgung, Hannover 2012.

15 Hamburg: Umsetzungskonzept zur Einrichtung von Schwerpunktpraxen zur medizinischen Versorgung wohnungsloser Menschen in Hamburg; Land Nordrhein-Westfalen: Umsetzungskonzept zur Versorgung wohnungsloser Menschen in Nordrhein-Westfalen (Stand 1. Januar 2011).

gen Ministeriums auf ein Umsetzungskonzept zur Versorgung wohnungsloser Menschen in großen Städten und in Landkreisen mit vergleichbaren Problemlagen verständigt. Das Umsetzungskonzept umfasst in Form einer Rahmenvereinbarung eine gemeinsame Grundfinanzierung der aufsuchenden medizinischen Hilfen mit definierten Finanzierungsanteilen der beteiligten Partner auf der Grundlage definierter Versorgungsregionen, eines vereinbarten Budgets und einheitlicher kostendeckender Behandlungspauschalen. Die aufsuchenden medizinischen Hilfen werden in den Versorgungsregionen eingerichtet, in denen die Kommunen an dem Umsetzungskonzept durch Vereinbarung teilnehmen.

2.2 Hilfen bei psychischen Beeinträchtigungen und Erkrankungen

Wohnungslosigkeit ist ein soziales Problem und keine Krankheit. Gleichwohl sind psychische Beeinträchtigungen oder Erkrankungen bei Teilgruppen von wohnungslosen Menschen weiter verbreitet als in der Gesamtbevölkerung.¹⁶

Eine der Ursachen liegt darin, dass psychisch kranke Menschen trotz einer in den vergangenen Jahren erreichten verbesserten Versorgungslage noch immer von einer sozialen Teilhabe an wichtigen Lebensbereichen ausgeschlossen sind. Psychisch kranke Menschen sind seltener erwerbstätig und sie leben häufiger in sozialer Isolierung und in bedrohten Wohnverhältnissen als gesunde Menschen.¹⁷ Auf der anderen Seite nehmen wohnungslose Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen medizinische und psychosoziale Dienste seltener wahr als Menschen in gesicherten Wohnverhältnissen, ähnlich wie sich körperlich erkrankte Wohnungslose seltener einer Behandlung unterziehen.¹⁸

Von Seiten der medizinischen Versorgungsforschung werden vor diesem Hintergrund Defizite in der psychiatrischen Versorgung konstatiert. Nach den großen Entwicklungsschüben in den 1970er- und 1980er-Jahren mit der Etablierung gemeindenaher Versorgungsstrukturen ist es bislang noch nicht ausreichend gelungen, marginalisierte Gruppen bedarfsgerecht zu versorgen und Menschen, die von gemeindepsychiatrischen Institutionen betreut und versorgt werden, in das gesellschaftliche Leben zu integrieren.

Der Deutsche Verein fordert deshalb, die Anstrengungen für eine bedarfsdeckende und effektive psychiatrische Grundversorgung zu verstärken. Hierzu soll in sektorübergreifender Perspektive die Kooperation mit dem sozialen Hilfesystem und dem System der sozialen Sicherung gestärkt werden.

¹⁶ Hierzu liegen verschiedene regionale Studien vor. Allerdings unterscheiden sich die Angaben zwischen den einzelnen Studien erheblich. Grund sind methodische Unterschiede in der Erfassung sowohl von Wohnungslosigkeit als auch von psychischen Beeinträchtigungen. In der in den Städten Freiburg und Mannheim durchgeführten Forschungsstudie MOTIWOHN wurde nachgewiesen, dass auch Personen in bedrohten Wohnverhältnissen überdurchschnittlich häufig einen Bedarf an psychotherapeutischen oder psychosozialen Hilfen haben. Siehe: Salize, H. J.: Die Verbreitung psychischer Erkrankungen bei wohnungslosen Menschen. Betreuungs-, Beratungs- und Behandlungsstrukturen. Vortrag auf dem Fachtag Obdach für Leib und Seele, Caritasverband Freiburg-Stadt e.V. am 17. Januar 2012.

¹⁷ Eikelmann, B./Zacharias-Eikelmann, B./Richter, D./Reker, Th.: Integration psychisch Kranker. Ziel ist Teilnahme am „wirklichen“ Leben, in: Deutsches Ärzteblatt 2005/102, S. 1104–1110.

¹⁸ Salize, H.J.: Die Verbreitung psychischer Erkrankungen bei wohnungslosen Menschen. Betreuungs-, Beratungs- und Behandlungsstrukturen. Vortrag auf dem Fachtag „Obdach für Leib und Seele“, Caritasverband Freiburg-Stadt e.V. am 17. Januar 2012.

Die ambulante Soziotherapie (nach § 37a SGB V) stellt eine wirksame Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung dar, die Menschen mit schweren psychischen Störungen darin unterstützt, psychotherapeutische Behandlung in Anspruch zu nehmen und das Wiederauftreten von Erkrankungen (Rezidiv) mit der Folge einer stationären Krankenhausbehandlung zu verhindern. Die im Jahr 2000 eingeführte Leistung wird bislang nur in einem sehr geringen Umfang und regional sehr unterschiedlich umgesetzt.

Der Deutsche Verein empfiehlt, das Versorgungsangebot der ambulanten Soziotherapie zu stärken. Hierzu sollen die derzeit hohen Anforderungen an die zuzulassenden Leistungserbringer und an die Verordnung dieser Leistung so angepasst werden, dass Hemmnisse für eine bedarfsgerechte Versorgung reduziert werden.

Handlungsbedarf entsteht insbesondere dann, wenn bestehende Angebote der Hilfen nach §§ 67 ff. SGB XII zunehmend von Menschen mit psychischen Schwierigkeiten genutzt werden.¹⁹ Um angemessene Hilfen bereit zu stellen, müssen das gesundheitliche und soziale Hilfesystem besondere organisatorische und konzeptionelle Anstrengungen und Anpassungsleistungen erbringen.

Der Deutsche Verein empfiehlt deshalb verbindliche Verfahren der Zusammenarbeit zwischen Trägern der Wohnungslosenhilfe und der psychiatrischen und sozialpsychiatrischen Dienste, um wohnungslosen Frauen und Männern mit psychischen Beeinträchtigungen und Erkrankungen Unterstützungsangebote unterbreiten zu können, die an ihre jeweilige Lebenssituation angepasst sind.

Für die Versorgung von psychisch beeinträchtigten wohnungslosen Menschen mit gesundheitlichen und sozialen Hilfen werden folgende Empfehlungen gegeben:

In vielen Kommunen existieren gemeindepsychiatrische Verbände von Anbietern der medizinischen Regelversorgung sowie komplementärer sozialer Einrichtungen und Dienste unter Einschluss oder Koordinierung des Sozialpsychiatrischen Dienstes (SPDi) in kommunaler oder freier Trägerschaft, oder sie befinden sich im Aufbau. Ziel dieser Verbände ist die Verbesserung der Versorgung und der sozialen Integration insbesondere von chronisch psychisch Kranken durch Vorsorge, Krisenintervention und Nachsorge (nach stationären Aufenthalten). Die Steuerung und Koordination der Verbände liegt bei den Kommunen unter Einbeziehung der Kooperationspartner. Die Hilfen nach §§ 67 ff. SGB XII sollen in diese gemeindepsychiatrischen Verbände verbindlich einbezogen werden. Ziel der Kooperation ist es, die Bedarfe psychisch kranker Wohnungsloser in die regionale Versorgungsplanung einfließen zu lassen und erforderliche gesundheitsbezogene Hilfen für diese Personengruppe zu erschließen.

- Seitens des Gesundheitssystems sollen niedrigschwellige Ansätze für einen Zugang zu psychiatrischen Hilfen gestärkt werden. Ähnlich wie bei der oben

¹⁹ Eine solche Entwicklung wurde beispielsweise in den Städten Karlsruhe und München konstatiert. Reifferscheid, G./Duschinger, G.: Integrierte Hilfeangebote: das Münchner Modell, in: Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit 1/2013, S. 73–79. Uhrig, W.: Angebote für psychisch kranke wohnungslose Menschen in Karlsruhe, in: Specht, Th. (Hrsg.): Armut, Wohnungsnot und Wohnungslosigkeit in Deutschland – Ein Reader zur Überwindung von Wohnungslosigkeit und Armut, Bielefeld 2012.

aufgeführten medizinischen Versorgung kann dies durch aufsuchende fachärztliche oder psychotherapeutische Sprechstunden in Angeboten der Hilfen nach §§ 67 ff. SGB XII erfolgen. Psychiatrische Institutsambulanzen sollen solche Aufgaben übernehmen, wenn erforderliche Kapazitäten bereitgestellt werden. Mitarbeiter/innen des sozialpsychiatrischen Dienstes können aufsuchende Beratungsgespräche sowohl mit Nutzer/innen auch als mit Mitarbeiter/innen in den Hilfen nach §§ 67 ff. SGB XII durchführen.

- Im System der Hilfen nach §§ 67 ff. SGB XII sollen Möglichkeiten geschaffen werden, dem Hilfebedarf der Leistungsberechtigten mit psychischen Schwierigkeiten durch eine intensivere sozialarbeiterische Unterstützung gerecht zu werden. Ziel soll sein, die Bereitschaft zur Annahme einer geeigneten Behandlung zu wecken und zu stärken oder aufrecht zu erhalten. Eine Unterbringung in unbetreuten Unterkünften ist zu vermeiden.
- Das ambulant betreute Wohnen ermöglicht psychisch Kranken mit einem längerfristigen Hilfebedarf, in einer eigenen Wohnung und mit Unterstützung ein weitgehend selbstständiges Leben zu führen. Diese Möglichkeit soll auch Leistungsberechtigten aus dem Kreis der Hilfen nach §§ 67 ff. SGB XII eröffnet werden, die mit psychischen Beeinträchtigungen konfrontiert sind, aber die Anspruchsvoraussetzungen auf Eingliederungshilfe nicht erfüllen.²⁰
- In der ordnungsrechtlichen Unterbringung findet sich auch eine Gruppe von Personen, die massive auffällige Verhaltensweisen (völliger Rückzug oder aggressives Verhalten) zeigen oder denen auch bei mehrfachen psychiatrischen Aufenthalten keine angemessene Hilfe angeboten werden konnte. Für diese Wohnungslosen mit psychiatrischen Problemen, die derzeit keinen Zugang zu Angeboten der Wohnungslosenhilfe und zur gesundheitlichen Versorgung finden, wurde in einigen Städten Unterbringungsformen mit einem zugehenden ambulanten Begleitangebot für die Bewohner/innen entwickelt. Psychiatrische Krankenpflege im Lebensalltag sowie hauswirtschaftliche Unterstützung bilden die Schwerpunkte der Hilfe. Erste Erfahrungen zeigen, dass es einen Bedarf für diese Hilfeform gibt und diese bei der Mehrzahl der Bewohner/innen zu einer Stabilisierung oder Verbesserung ihrer Wohn- und Lebenssituation führt.²¹ Die Hilfeform erfordert jedoch eine intensive ämterübergreifende Kooperation sowie eine Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten des Sozialpsychiatrischen Dienstes oder aus anderen Bereichen der psychiatrischen Versorgung. Angeregt wird deshalb ein Erfahrungsaustausch, um Bedarfe und Möglichkeiten für eine Verbreitung und Verstetigung dieser Hilfeform zu erörtern.
- Für junge Wohnungslose mit psychischen Erkrankungen sollen lebensalterspezifische Hilfen entwickelt werden, die eine Chronifizierung sowohl von Wohnungslosigkeit als auch von psychischen Erkrankungen verhindern. Dies

²⁰ Leistungen des ambulant betreuten Wohnens für Menschen mit besonderen sozialen Schwierigkeiten sind vorrangig Dienstleistungen im Sinne des § 10 Abs. 1 SGB XII mit der Folge, dass diese gemäß § 68 Abs. 2 Satz 1 SGB XII ohne Rücksicht auf Einkommen und Vermögen der Hilfebedürftigen erbracht werden. Siehe hierzu: Rasch, E.: Zur Anwendbarkeit des § 68 Abs. 2 Satz 1 SGB XII auf Leistungen des ambulant betreuten Wohnens, Rechtsgutachten des Deutschen Vereins, Berlin 2012.

²¹ Stadt Köln: Pilotprojekt Hotel Plus. Konzept und erste Auswertung einer neuen Hilfeform für Wohnungslose mit psychiatrischen Problemen. Begleitete Unterbringungsformen für psychisch kranke Wohnungslose (Hotel Plus, Wohnen Plus, Pension Plus, Hotel Plus Mobil) gibt es u.a. in Köln, Münster und in Hamburg.



kann durch zielgruppenspezifische Beratungs- und Unterstützungsangebote erfolgen, die den jungen Menschen ermöglichen, psychische Beeinträchtigungen zu thematisieren, und die Übergänge zur Regelversorgung der Sozialpsychiatrie und der Gesundheitsversorgung erschließen.

- Erfahrungen häuslicher Gewalt und gewaltgeprägte Beziehungen, die häufig über lange Zeit vorherrschend waren, sind oft der Auslöser für die Wohnungslosigkeit von Frauen. Diese Belastungen können seelische Gesundheitsstörungen auslösen. Zur Unterstützung von wohnungslosen Frauen mit Gewalterfahrungen werden deshalb interdisziplinäre Hilfen von psychotherapeutischer und sozialpädagogischer Beratung benötigt.²²

2.3 Hilfen bei Suchtmittelmissbrauch und Suchterkrankungen

Suchtmittelmissbrauch und Suchterkrankungen, insbesondere in Bezug auf Alkohol, gehören zu den drängenden sozialen und gesundheitlichen gesamtgesellschaftlichen Problemen. Sie stellen auch die Wohnungslosenhilfe vor große Herausforderungen. In Deutschland konsumieren rund 9,5 Millionen Menschen Alkohol in gesundheitlich riskanter Form. Etwa 1,3 Millionen Menschen gelten als alkoholabhängig.²³ Nur eine Minderheit von ihnen findet den Weg in die Suchtberatung oder in eine Suchtbehandlung. Riskanter und missbräuchlicher Konsum werden noch zu selten erkannt, Menschen mit einer chronischen Abhängigkeit noch zu selten behandelt, obwohl inzwischen wirksame Programme zur Verfügung stehen.

Für das System der Hilfen nach §§ 67 ff. SGB XII stellt der Umgang mit problematischem Suchtmittelgebrauch oder Suchtmittelabhängigkeit eine Gratwanderung dar. Seine Klientel hat im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung überdurchschnittlich häufig einen problematischen Alkoholkonsum oder eine Alkoholabhängigkeit. Das Hilfesystem kann sich damit seiner Verantwortung, auch suchtkranke oder suchtgefährdete Leistungsberechtigte zu unterstützen, nicht entziehen. Die Abfederung der schwierigen Lebenslage kann aber dazu führen, dass die Krankheitsprozesse der Suchtmittelabhängigkeit verlängert werden. Dies gilt dann, wenn keine angemessenen Hilfen zur Bewältigung des problematischen oder abhängigen Konsums geleistet werden.

Wohnungslose Menschen, die suchtkrank oder -gefährdet sind, benötigen Hilfen aus beiden Hilfesystemen, dem Hilfesystem der Suchthilfe und dem der Wohnungslosenhilfe. Ohne Bearbeitung der Suchtproblematik kann eine soziale Reintegration kaum dauerhaft gelingen. Andererseits sind die Erfolgsaussichten der Suchthilfe gering, solange die Existenzgrundlage nicht gesichert ist und keine Perspektiven bestehen, die problematischen Lebensverhältnisse zu überwinden. Um ihre Hilfeziele zu erreichen, sind deshalb beide Hilfesysteme auf

22 In einer Untersuchung über die Versorgung psychisch erkrankter wohnungsloser Frauen in Berlin hatten 69 % der Untersuchungsteilnehmerinnen Gewalterfahrungen. 38 % der Frauen berichteten von Gewalterfahrungen über die gesamte Lebensspanne. Psychologische und sozialpädagogische Beratung führten bei den Frauen zu signifikanten Verbesserungen im psychischen Befinden und beim Sozialverhalten. Siehe: Köppen, B./Krägeloh, M./Heise, E.-M.: Empirische Effektstudie FrauenbeWegt und FrauenbeDacht. Zur Untersuchung der Effektivität sozialpädagogischer und psychologischer Beratung in der Versorgung wohnungsloser, psychisch erkrankter Frauen in Berlin, Berlin 2012.

23 Bundesministerium für Gesundheit/Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hrsg.): Drogen- und Suchtbericht 2013, Berlin 2013.

eine Kooperation angewiesen. Ziehen sich beide Hilfesysteme allein auf ihre Zuständigkeit zurück, drohen die Personen mit Mehrfachproblemen aus den Hilfen ausgegrenzt zu werden. Sie landen „auf der Straße“ oder werden in stationären Einrichtungen „fehlplatziert“.

Einen spezifischen Hilfebedarf haben Suchtkranke, die als Folge mehrjähriger oder mehrfacher Abhängigkeitserkrankung mit weiteren körperlichen und seelischen Erkrankungen konfrontiert sind und aufgrund weitgehender sozialer Desintegration ihre Lebensgrundlagen nicht mehr in eigener Initiative herstellen können. Diese chronisch mehrfach beeinträchtigten Abhängigkeitserkrankten zeigen nur ein geringes Hilfesuchverhalten und eine geringe Bereitschaft zur Abstinenz.²⁴ Ein Teil der Erkrankten sucht Angebote der Wohnungslosenhilfe auf. Deshalb sollten Träger der Wohnungslosenhilfe und der Suchthilfe eng kooperieren. Für diese Personen sind Hilfskonzepte erforderlich, die das Überleben der Erkrankten und ihre Stabilisierung durch Sicherstellen einer sozialen und gesundheitlichen Basisversorgung und durch eine schrittweise Reduktion des Suchtmittelkonsums erreichen.

Der Deutsche Verein empfiehlt deshalb, Rahmenbedingungen zu schaffen, um suchtgefährdete und suchtmittelabhängige Menschen bei bedrohten Wohnverhältnissen oder Wohnungslosigkeit wirksamer zu unterstützen. Dabei geht es nicht darum, die vorhandenen Hilfeangebote um weitere Spezialdienste für eine kleine Zielgruppe zu erweitern. Die Lösung liegt vielmehr in der Entwicklung von Kooperationsmodellen, mit denen Anbieter der Hilfen nach §§ 67 ff. SGB XII und der Suchthilfe so zusammenwirken, dass die erforderlichen Hilfen für den Personenkreis personenbezogen zugänglich gemacht und kombiniert werden können.

Für die Versorgung von suchtgefährdeten und suchtkranken wohnungslosen Menschen werden folgende Empfehlungen gegeben:

- Angebote der Hilfen nach §§ 67 ff. SGB XII stellen meist die erste Anlaufstelle dar für wohnungslose Menschen mit Suchtproblemen. Als erste Anlaufstelle können sie eine wichtige Vermittlungs- und Kontaktfunktion zur Suchthilfe übernehmen. Hierzu sollen in das Hilfesystem suchtspezifische Angebote eingebunden werden. In Abhängigkeit von dem Bedarf kann dies – ähnlich wie bei den oben aufgeführten ambulanten Sprechstunden zur medizinischen Versorgung – in Form einer regelmäßigen ambulanten Suchtberatung durch auf diesen Personenkreis spezialisierte Fachkräfte aus der Suchthilfe in Angeboten der Wohnungslosenhilfe erfolgen. Ziel soll sein, ggf. vorliegende Anzeichen für einen Suchtmittelmissbrauch oder -abhängigkeit zu erkennen, die Klient/innen zu einer Auseinandersetzung mit ihrer Sucht zu motivieren und zur Annahme weitergehende Hilfen anzuleiten und zu begleiten.

²⁴ Der Begriff „Chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitserkrankte“ wurde in den 1990er-Jahren eingeführt. Der Personenkreis wird anhand von vier Kriteriumsbereichen (Konsumverhalten, Behandlungserfahrung, gesundheitliche Situation, und soziale und rechtliche Situation) eingegrenzt. Siehe: Arbeitsgruppe CMA im Auftrag des BMG: Definitionsvorschlag zur Operationalisierung von chronisch mehrfachbeeinträchtigt Abhängigen von psychotropen Substanzen, in: Sucht, 1999/45/1, S. 6–13.

- Die ambulante Suchthilfe wendet sich an Menschen mit Suchtproblemen und ihre Angehörigen. Die Suchtberatungsstellen erbringen neben der suchtbefugenen psychosozialen Grundversorgung, der Prävention und der Vermittlung in medizinische Behandlungs- und Rehabilitationsmaßnahmen oft auch Leistungen der ambulanten Suchtrehabilitation und der Reha-Nachsorge in Zusammenarbeit mit der Suchtselbsthilfe. Im Bereich der ambulanten Suchthilfe sollen Angebote entwickelt werden, die mit den Angeboten der Hilfen nach §§ 67 ff. SGB XII kompatibel sind und Übergänge zwischen den Hilfesystemen erleichtern. Die Beratungs- und Behandlungsformen sollen die besondere Lebenssituation dieses Personenkreises berücksichtigen. Sie sollen in enger Kooperation mit den im Einzelfall erforderlichen Hilfen nach §§ 67 ff. SGB XII erbracht werden.
- Das Fallmanagement stellt eine geeignete Methode dar, um die im Einzelfall erforderlichen Leistungen aus unterschiedlichen Bereichen zu erschließen. In einem mehrstufigen Prozess umfasst das Fallmanagement unter anderem die Feststellung des Hilfebedarfs, die individuellen Hilfeplanung mit dem Klienten sowie die Begleitung, Koordinierung und Überprüfung der Hilfeerbringung. Die Methode ist insbesondere dann angezeigt, wenn mehrfache Problemlagen einen längeren und planvollen Hilfeprozess erforderlich machen und Hilfen aus unterschiedlichen Bereichen auf einen konkreten individuellen Bedarf abgestimmt werden müssen. Der wesentliche Vorteil dieser Methode liegt darin, dass unterschiedliche Hilfeanbieter unter klarer Benennung der Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten in die Durchführung der Hilfeleistungen einbezogen werden können. Liegt ein individueller Anspruch auf Hilfen nach §§ 67 ff. SGB XII vor, soll das Fallmanagement in diesem Hilfesystem angesiedelt werden. Dies entspricht den gesetzlichen Grundlagen der Hilfen nach §§ 67 ff. SGB XII, in erforderlichen Fällen den verbundenen Einsatz unterschiedlicher Hilfen im Rahmen eines Gesamtplans anzustreben (§ 68 Abs. 1 SGB XII, § 2 Abs. 3 DVO zu § 69 SGB XII).

3. Schlussfolgerungen für eine Kooperation der Hilfesysteme

Wohnungslose und von Wohnungslosigkeit bedrohte Menschen sind in der Regel mit unterschiedlichen Notlagen und Beeinträchtigungen konfrontiert. Dies macht in der Regel eine Kombination unterschiedlicher Hilfen erforderlich. Soweit auch gesundheitliche Beeinträchtigungen oder Risiken vorliegen, sind deshalb auch erforderliche gesundheitliche Hilfen zu erschließen.

Aufgrund der besonderen Lebenssituation von wohnungslosen Menschen sind niedrigschwellige Zugänge und Angebote erforderlich, um auch diesen Personenkreis an die Regelversorgung heranzuführen. Hierfür bilden die Hilfen nach §§ 67 ff. SGB XII aufgrund ihrer Zielrichtung, soziale Ausgrenzung zu überwinden, einen geeigneten Anknüpfungspunkt. Die gesundheitsbezogenen Hilfen müssen komplementär im Rahmen der Verantwortung der zuständigen Leistungsträger erbracht und finanziert werden. Eine solche komplementäre Leistungserbringung entspricht der allgemeinen fachlichen Zielstellung, erforderli-



che Hilfen nach dem individuellen Bedarf (personenzentriert) und nicht nach der Logik von Institutionen zu erbringen.

Die Umsetzung trägerübergreifender Hilfen sollte auf der Ebene der Kommunen erfolgen, da hier auf regionale Besonderheiten eingegangen werden kann. Zentrale Instrumente für solche regionalen Hilfeverbände sind Vereinbarungen über trägerübergreifende Qualitätsstandards der Hilfeerbringung, gemeinsame Ziele einer regionalen Versorgung und individuellen Bedarfsdeckung, Zielvereinbarungen sowie integrierte Sozialplanung.



Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. – seit über 130 Jahren das Forum des Sozialen

Der Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. ist das gemeinsame Forum von Kommunen und Wohlfahrtsorganisationen sowie ihrer Einrichtungen, der Bundesländer und von den Vertretern der Wissenschaft für alle Bereiche der sozialen Arbeit und der Sozialpolitik. Er begleitet und gestaltet durch seine Expertise und Erfahrung die Entwicklungen u.a. der Kinder-, Jugend- und Familienpolitik, der Sozial- und Altenhilfe, der Grundsicherungssysteme, der Pflege und Rehabilitation.

Impressum

Herausgeber:

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V.

Michael Löher, Vorstand

Michaelkirchstr. 17/18

10179 Berlin

www.deutscher-verein.de

E-Mail info@deutscher-verein.de