

Wohnraum, Tagesstruktur, Integration - auch für Drogenabhängige?!

Eine Kooperationsveranstaltung von

- Fachverband Qualifizierte stationäre Akutbehandlung Drogenabhängiger e. V.
- LVR-Koordinationsstelle Sucht

Dokumentation der Fachtagung
am 16. Januar 2019
in Köln-Deutz



Wohnraum, Tagesstruktur, Integration

-

auch für Drogenabhängige?!

Dokumentation der Fachtagung
am 16. Januar 2019
in Köln-Deutz

Inhalt

Begrüßung	5
<i>Friedhelm Kitzig</i>	
Ohne Wohnung auf der Suche nach Wohnraum - Empfehlungen der BAG Wohnungslosenhilfe	9
<i>Werena Rosenke</i>	
Problemlagen wohnungsloser Menschen in NRW - Aktionsprogramm „Hilfen in Wohnungsnotfällen“	25
<i>Gabriele Schmidt</i>	
Erfahrungen und Fragen aus der klinischen Praxis	33
<i>Dr. med. Thomas Kublmann</i>	
Arbeitsgruppe 1	41
Niedrigschwellige Hilfen und Qualifizierte Akutbehandlung	
<i>Claudia Holzknacht und Udo Horwat</i>	
Arbeitsgruppe 2	43
Ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen und Qualifizierte Akutbehandlung	
<i>Dr. Antje Niedersteberg und Dominik Neugebauer</i>	
Arbeitsgruppe 3	49
Medizinische Rehabilitation und Qualifizierte Akutbehandlung	
<i>Dr. Georg Merker und Renate Steinert</i>	
Plenum - Diskussion der Ergebnisse aus den Arbeitsgruppen	51
<i>Dr. med. Thomas Kublmann</i>	
Referent*innen¹	52

1 Definition: Mit der Verwendung des Gender*Stern, bei der zwischen dem Wortstamm und der weiblichen Endung ein „*“ eingefügt wird, möchten wir auf alle Menschen jenseits der Zweigeschlechtlichkeit hinweisen und neben Frauen und Männern ausdrücklich all diejenigen einbeziehen und ansprechen, die sich nicht in die Geschlechterkategorien „weiblich“ und „männlich“ einordnen können oder möchten.

Begrüßung

Friedhelm Kitzig

Guten Morgen meine Damen und Herren,
wieder einmal darf ich als Gastgeber und Mitveranstalter Sie ganz herzlich zur nunmehr 9. Kooperationsveranstaltung des Fachverbandes Qualifizierte stationäre Akutbehandlung Drogenabhängiger und der LVR-Koordinationsstelle Sucht hier in Köln begrüßen.

Im Kreis der Veranstalter fehlen in diesem Jahr die Suchtreferent*innen der Freien Wohlfahrtspflege; personelle Veränderungen innerhalb der Freien Wohlfahrtspflege führten dazu, dass der nahtlose Anschluss an die Tradition dieser Veranstaltungsreihe - an die über Jahre gewachsene Kooperation - zu unserem Bedauern noch nicht gelungen ist.

Von daher zeichnen dieses Jahr die beiden oben genannten Kooperationspartner allein verantwortlich für die heutige Tagung. Ich begrüße daher herzlich Herrn Dr. Thomas Kuhlmann als Vorsitzender des Fachverbandes und Frau Gerda Schmieder von der LVR-Koordinationsstelle Sucht.

Begrüßen möchte ich ebenfalls herzlich die Leiterin der Abteilung AIDS, Sucht und Drogen des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW, Frau Dr. Sandra Dybowski.

Besonders freuen wir uns über das Interesse der politischen Vertretung des Landschaftsverbandes Rheinland und deshalb möchte ich Frau Helga Loepp, Herrn Willi Bündgens und Herrn Dr. Martin Schoser als Mitglieder der Landschaftsversammlung willkommen heißen.

Meine Damen und Herren,

Sie und ich - wir haben heute Morgen alle unsere Wohnung verlassen und uns auf den Weg hierher gemacht - eine Handlung von unhinterfragter Selbstverständlichkeit, wahrscheinlich ohne Gedanken darüber, welchen Wert das Vorhanden-

sein einer eigenen, ausreichend großen, sicheren und warmen Wohnung hat. Es ist nicht einfach nur ein Verlassen und Wiederkehren an einen Ort, der einem vertraut ist. Die Publikation „Zur Geschichte des Wohnens“ liefert folgende Charakterisierung:

„Als dritte Haut werden die eigenen vier Wände oft liebevoll betitelt. Die menschliche Behausung, sie ist weit mehr als ein Schutz vor der Witterung. Sie schenkt ein Gefühl von Geborgenheit, erfüllt den Geschmack der Bewohner, offenbart manchmal Träume und Sehnsüchte, dient Repräsentationsabsichten, und sie wirkt zurück auf das Lebensgefühl, heute wie gestern“ (Zur Geschichte des Wohnens/Monumente online 2005).

In seinem Buch „Die dritte Haut – Psychoanalyse des Wohnens“ äußert sich Dieter Funke dahingehend, dass die Metapher von der dritten Haut auf ein körpernahes Verständnis des Wohnens hinweise. Die erste Haut erweitert sich mit der Kleidung - unserer zweiten Haut - zu Wänden, Decken und Böden in einen Raum der Kultur. Baustile, Häuser, Wohnungen dienen dem Ausdruck unserer psychischen Grundbedürfnisse:

„Die Art des Wohnens beeinflusst unser seelisches Wohlbefinden, das wir durch Öffnen und Schließen, Weggehen und Wiederkommen, Sammeln und Entrümpeln regulieren“.

Damit verweist der Autor auf die Wechselwirkung der äußeren Räume und Grenzen mit den inneren Räumen und Grenzen, mit der Notwendigkeit und den Möglichkeiten, solche zu bilden. Und dort, wo die Möglichkeiten nicht gegeben sind, droht die äußere wie innere Entgrenzung mit all ihren Folgen.

Wie leben Menschen, die keine Wohnung haben?
Wie ist ihre Lebenssituation?

Wohnungslosigkeit ist nicht dasselbe wie Obdachlosigkeit: Wohnungslos zu sein bedeutet nicht

zwingend, auf der Straße – auf der Platte – zu leben, sondern keinen vertraglich abgesicherten Wohnraum zu haben.

Aus dem Wohnungsnotfall-Bericht des Sozialministeriums NRW (Nordrhein-Westfalen ist bisher das einzige Land in der Bundesrepublik, das regelmäßig eigene Zahlen zur Wohnungslosigkeit erhebt) geht hervor, dass 32.300 Menschen in NRW zum Stichtag 30. Juni 2017 wohnungslos gemeldet waren, dies bedeutet ein nahezu 30%iger Anstieg gegenüber dem Vorjahr. Besonders tragisch in meinen Augen ist dabei, dass jeder siebte wohnungslose Mensch minderjährig ist.

Der 1. systematischen Lebenslagenuntersuchung wohnungsloser Menschen – einer Studie der Alice Salomon Hochschule Berlin (ASH) in Kooperation mit dem Evangelischen Bundesfachverband Existenzsicherung und Teilhabe e. V. (EBET) e. V. – von September 2018 ist zu entnehmen, dass von 1135 befragten Wohnungslosen 14% auf der Straße leben, in Zelten oder Abrisshäusern.

12% übernachten in Notunterkünften, die morgens verlassen werden müssen. Die übrigen finden ein Obdach bei Freunden, Bekannten oder leben in einer Pension oder einem Wohnheim.

Der genannten Studie ist zu entnehmen, dass fast 20% der auf der Straße Lebenden in einer sehr schlechten Lebenslage sind, 55% in einer schlechten. In Wohnheimen sind es 15% und 6% in Betreuten Wohngemeinschaften, die sich in einer sehr schlechten oder schlechten Lebenslage befinden.

Die Wohnsituation, der Zugang zu medizinischer Versorgung und das Gefühl von Sicherheit als wesentliche Faktoren der existentiellen Sicherheit sind entscheidend für die gesamte Lebenslage von Wohnungslosen:

Menschen können sich erst Gedanken über ihr Leben machen, wenn sie eine sichere Wohnung haben, eine sichere Basis, die alleine vielleicht eine nicht hinreichende Bedingung, aber eine grundlegende Notwendigkeit als Ausgangsbasis für die Vorstellung einer eigenen Zukunft und für zukunftsorientiertes Handeln ist. Wer auf der Straße lebt, lebt in einem grenzenlosen Zeitstrom

ohne Möglichkeiten, sich äußere Räume anzueignen, um innere Räume und Grenzen überhaupt zu bilden. Unter solch entgrenzten Lebensbedingungen wird der Drogenkonsum Bestandteil eines ziellosen Kampfes ums Überleben wie die tägliche Sorge um Wärme, Nahrung und Sicherheit. Wie soll hier eine Auseinandersetzung mit dem eigenen Drogenkonsum gelingen? Und wozu? Mit welchem Ziel, wenn der Kreislauf des Überlebens ohne sichere Räume und Grenzen sich selbst verstetigt?

Wohnungslosigkeit, Obdachlosigkeit, zunehmende Wohnraumprobleme haben also Folgen auf die Möglichkeiten einer Lebensgestaltung, Gestaltung eines Tagesablaufs, auf das Vorhandensein einer noch einigermaßen sinnvoll erlebten Tagesstruktur und auf die Chancen eines Mindestmaßes an sozialer Teilhabe, was alles eine Voraussetzung ist für eine Alternative zur haltlosen vereinzelt Bindung an die Szene.

Bereits im Jahr 2000 hat genau hier in diesem Raum auf Wunsch der politischen Gremien des Landschaftsverbandes Rheinland schon einmal eine Veranstaltung stattgefunden, die sich dem Thema „Suchtkrank und Wohnungslos – Suchtkrankenhilfe und Wohnungslosenhilfe im Dialog“ widmete. Ich zitiere aus der Eröffnungsrede – gehalten vom damaligen LVR-Dezernenten Rainer Kukla:

„Es wird einem (...) schlagartig klar, dass es innerhalb unserer Gesellschaft eine Gruppe von Menschen gibt, bei der weder die existentielle noch die gesundheitliche Grundsicherung gewährleistet ist. Viele Betroffene sind dabei - auch - suchtkrank. Mit diesem Elend darf sich die Gesellschaft nicht einfach abfinden.“

In den LVR-Kliniken, die damals noch Rheinische Kliniken hießen, mussten viele der Patient*innen nach erfolgreicher Behandlung auf den Suchtstationen mangels angemessener Alternativen in ein ungesichertes Leben auf der Straße entlassen werden.

Ungeklärte Zuständigkeiten, mangelnde Kontakte und fehlende Kooperationsstrukturen galten als Hauptursache für dieses Dilemma.

Vieles hat sich seitdem verbessert, Hilfen sind vernetzt, Kooperationsvereinbarungen sind abgeschlossen, Unterstützungsangebote wurden aufgebaut und weiterentwickelt.

Und dennoch stehen wir fast 20 Jahre später wieder hier und sehen uns einer eher noch verschärften Situation gegenüber.

Gibt es denn Ansätze, diesen Kreislauf zu durchbrechen?

Zunehmender Wohnungslosigkeit soll der relativ neue vielversprechende Ansatz des Housing First entgegenwirken. Dieser Ansatz basiert darauf, dass obdachlose Menschen vor allem anderen eine stabile Unterkunft brauchen und erst dann mit kontinuierlich angebotenen Unterstützungsleistungen andere Problemlagen und Angelegenheiten angegangen werden sollten und können.

Housing First wird in USA und einigen europäischen Ländern erfolgreich vor allem bei Langzeitarbeitslosen mit komplexen Lebenslagen eingesetzt und findet mittlerweile auch in Deutschland zunehmend in Bereich der Suchtkrankenhilfe und der Hilfen für Wohnungslose Anwendung.

Das wäre vielleicht ein Ansatz. Reicht das? Haben wir die Lösung?

Meine Damen und Herren, wie kann dem Dilemma von einer wachsenden Anzahl wohnungs- und/oder obdachloser Menschen bei gleichzeitig wachsendem Mangel an bezahlbarem Wohnraum entgegengetreten werden?

Welche Hilfen helfen?

Wir möchten die heutige Veranstaltung dazu nutzen, diese und weitere Aspekte und Fragestellungen gemeinsam mit Ihnen und unseren heutigen Referent*innen zu diskutieren und Handlungsmöglichkeiten zur Abhilfe auszuloten.

Werfen wir also einen Blick in das Tagungsprogramm und ich begrüße herzlich:

- Frau Werena Rosenke ist Geschäftsführerin der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. – herzlichen Dank, dass Sie den Weg von Berlin auf sich genommen ha-

ben, um uns mit Ihrem Beitrag die Sicht und die Position und die Forderungen der BAG Wohnungslosenhilfe darzulegen.

- Frau Gabriele Schmidt vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW/ Referat Grundsatzfragen Soziales, Sozialplanung und -berichterstattung, Wohnungslosigkeit, Armutsbekämpfung sei an dieser Stelle auch schon herzlich willkommen geheißen, auch wenn Sie erst am Nachmittag zu uns stoßen wird. Von ihr werden wir einen Bericht zum Thema „Wohnungslosenhilfe in schwierigen Zeiten“ hören.
- Herr Dr. med. Thomas Kuhlmann übernimmt nicht nur die Tagungsmoderation, sondern wird uns als Chefarzt der Psychosomatischen Klinik Bergisch Gladbach - wie es gute Tradition ist - wieder an seinen Erfahrungen aus dem Klinikalltag teilhaben lassen.

Und es ist auch gute Tradition, dass Sie alle Gelegenheit haben, sich in Arbeitsgruppen intensiv über Ihre Praxis, Ihre Probleme und Ihre Erfahrungen auszutauschen.

Die Arbeitsgruppen werden unterstützt von

- Frau Claudia Holzknecht vom LWL-Rehabilitationszentrum Ruhrgebiet in Dortmund
- Herrn Udo Horwat vom Diakoniewerk Duisburg GmbH
- Frau Dr. Antje Niedersteberg von der LVR-Klinik Düren
- Herrn Dominik Neugebauer von der Jugend- und Drogenberatungsstelle des Caritasverbandes Paderborn
- Frau Renate Steinert von der LWL-Klinik Münster
- Herrn Dr. Georg Merker von der Fachklinik Meckenheim

Ihnen allen unser Dank und ein herzliches Willkommen!

Und Ihnen wünsche ich nicht nur für heute eine erkenntnisreiche Tagung, sondern trotz aller Belastungen, die Ihr Arbeitsfeld mit sich bringt, Freude am Engagement und Kraft für Ihre schwierige Aufgabe!

Ohne Wohnung auf der Suche nach Wohnraum - Empfehlungen der BAG Wohnungslosenhilfe

Werena Rosenke



Nach Schätzung der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe (BAG W) steigt die Zahl der wohnungslosen Menschen in Deutschland seit 2009. In der Zahl von 650.000 sind 375.000 Geflüchtete ohne eigene Wohnung erhalten.

Struktur der Wohnungslosigkeit

Die folgenden Zahlen zur Struktur der Wohnungslosigkeit berücksichtigen nicht die wohnungslosen Flüchtlinge, da für diese Gruppe der Wohnungslosen keine entsprechenden soziodemografischen Daten verfügbar sind:

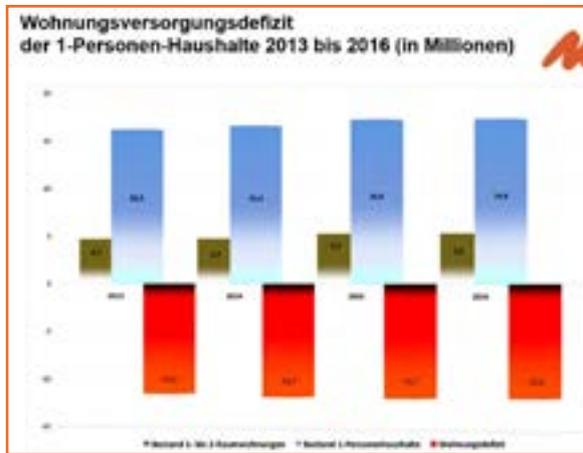
Ca. 48.000 Menschen leben ohne jede Unterkunft auf der Straße.

Ca. 193.000 (70%) der wohnungslosen Menschen sind alleinstehend, 82.000 (30%) leben mit Partner*innen und/oder Kindern zusammen. Die BAG W schätzt die Zahl der Kinder und minderjährigen Jugendlichen auf 8% (22.000), die der Erwachsenen auf 92% (253.000). Der Anteil der erwachsenen Männer liegt bei 73% (185.000); der Frauenanteil liegt bei 27% (68.000) und ist seit 2011 um 3% gestiegen. (Alle Angaben jeweils ohne Berücksichtigung der wohnungslosen Flüchtlinge.)

Ca. 15% der Wohnungslosen (ohne Einbezug der wohnungslosen Flüchtlinge) sind EU-Bürger*innen; das sind ca. 40.000 Menschen. Viele dieser Menschen leben ohne jede Unterkunft auf der Straße. Vor allem in den Metropolen beträgt ihr Anteil an den Personen ohne jede Unterkunft auf der Straße bis zu ca. 50%. Wenn also die „Straßenobdachlosigkeit“ stark durch die EU-Binnenzuwanderung geprägt wird, trifft dies für die Wohnungslosigkeit insgesamt nicht zu. Gleichwohl hat in den letzten Jahren die Wohnungslosigkeit von Menschen aus anderen EU-Staaten und sogenannten „Drittstaaten“ deutlich zugenommen.



Seit 1990 gibt es in Deutschland fast 1,7 Millionen Sozialwohnungen weniger, d. h. der Bestand ist um fast 60% geschrumpft und liegt in 2017 bei knapp 1,2 Millionen. Bis 2020 werden weitere 130.000 Wohnungen aus der Sozialbindung fallen.



Besonders groß ist der Mangel an bezahlbaren Kleinwohnungen, dies hat insbesondere in diesem Segment zu massiven Mietpreissteigerungen geführt. Insgesamt wird der Bau von 400.000 Wohnungen im Jahr, davon mindestens 150.000 preiswerte Wohnungen und Sozialwohnungen für nötig gehalten.

Weitere Eckpunkte zur Beschreibung der Lage auf den Wohnungsmärkten sind:

- Öffentlich geförderter Wohnraum nimmt sukzessive ab, auch durch Privatisierung ehemals öffentlicher Wohnungsbestände.
- Gentrifizierung
- Es fehlen systematische Präventionsmaßnahmen.
- Armut hat sich durch den Niedriglohnsektor und atypische Beschäftigungsverhältnisse verfestigt.

- In vielen städtischen Ballungsräumen haben fast 50% der Haushalte einen Anspruch auf einen Wohnberechtigungsschein.
- Bezieher*innen niedriger Einkommen müssen einen überproportionalen Anteil ihrer Einkünfte für das Wohnen ausgeben; die durchschnittliche Wohnkostenbelastung (Miete, Heizung, Warmwasser, Haushaltsstrom) von Mieterhaushalten liegt bei 30%. Aber je nach Einkommenshöhe ergeben sich sehr ungleiche Werte: Haushalte in der Mindestsicherung wenden 44% ihres Einkommens für die Wohnkosten auf, Niedrigeinkommensbeziehende ohne Transferleistungen 40%. Haushalte außerhalb der Mindestsicherung und des Niedrigeinkommensbereichs hingegen wenden im Schnitt 24% ihres Einkommens für die Wohnkosten auf.

Wohnungslosigkeit ist eine extreme Form sozialer Ausgrenzung. Wohnungslose Menschen sind nicht nur aus dem Wohnungsmarkt ausgegrenzt, sondern auch aus anderen existenziellen Lebensbereichen wie: Erwerbsarbeit, Bildung, medizinischer Versorgung. Oftmals können sie selbst ihre Rechte auf Transferleistungen nicht realisieren, leben sozial sehr isoliert und erfahren Stigmatisierung, Diskriminierung und Gewalt im öffentlichen Raum.



Das hat folgenschwere Auswirkungen:

- Kein Zugang zu normalen und menschenwürdigen Wohnungen
- Gefahr: menschenunwürdige Notversorgung
- Barrieren bei der Gesundheitsversorgung
- Hürden bei der Integration in den Arbeitsmarkt
- U 25-Jährige: Diskriminierungen im und bei der Anwendung des Sozialrechts
- Besondere Gefährdung wohnungsloser Menschen auf der Straße
- Häufig fehlendes frauengerechtes Hilfeangebot
- Erhebliche Zugangsprobleme wohnungsloser Migrant*innen zur Notversorgung und zu weitergehenden sozialrechtlichen Ansprüchen

Deswegen fordert die BAG W eine umfassende Nationale Strategie zur Überwindung von Wohnungsnot und Armut.



Auswirkungen auf Menschen in Wohnungsnot

- Kein Zugang zu normalen und menschenwürdigen Wohnungen
- Gefahr: menschenunwürdige Notversorgung
- Barrieren bei der Gesundheitsversorgung
- Hürden bei der Integration in den Arbeitsmarkt
- U 25-Jährige: Diskriminierungen im und bei der Anwendung des Sozialrechts
- Besondere Gefährdung wohnungsloser Menschen auf der Straße
- Häufig fehlendes frauengerechtes Hilfeangebot
- Erhebliche Zugangsprobleme wohnungsloser MigrantInnen zur Notversorgung und zu weitergehenden sozialrechtlichen Ansprüchen

BAG Wohnungslosenhilfe
www.bagw.de

Welche zentralen Handlungsfelder ergeben sich?



Diese Dimensionen der Exklusion befördern und begründen in individuell unterschiedlichem Ausmaß Wohnungsnot und Wohnungslosigkeit. So ist es notwendig, dass die Menschen in einer Wohnungsnotfallsituation auch Hilfen zur Überwindung der sozialen Ausgrenzung in den anderen Lebensbereichen erhalten, um die Ursachen von Wohnungsnot und Wohnungslosigkeit zu überwinden.

Zur Verwirklichung des Rechts auf eine Wohnung ergeben sich diese zentralen Handlungsfelder:

Zugleich ist dies ohne eigene Wohnung kaum möglich: Denn das Leben in Wohnungslosigkeit oder in einem vom Verlust bedrohten Wohnverhältnis ist oft zugleich Ursache der anderen Dimensionen der Ausgrenzung.

- Die Ressource Wohnraum: Wohnungen für Wohnungslose
- Prävention, um Wohnungsverluste zu verhindern

Nicht nur, aber insbesondere in Zeiten fehlenden bezahlbaren Wohnraums sind Präventionsanstrengungen unverzichtbar: Wer in dieser Situation die Wohnung verliert, wird für lange Zeit ohne eigene Wohnung bleiben und die verlorene Wohnung wird mit großer Wahrscheinlichkeit auch als bezahlbarer Wohnraum abzuschreiben sein.

- Unterstützung im Wohnraum, um eine Wohnung nachhaltig zu sichern

Die Menschen in einer Wohnungsnotfallsituation müssen unterstützende und fördernde soziale Hilfen erhalten, um die vielfältig erfahrene soziale Exklusion zu überwinden.

- Ein menschenwürdiges Notversorgungssystem, wenn trotz aller Bemühungen ein Wohnungsverlust nicht verhindert werden kann

Und es muss persönliche Hilfen - auch in der ordnungsrechtlichen Unterbringung - zur Wiedererlangung einer Wohnung geben.

Darüber hinaus lassen sich weitere Handlungsfelder benennen, die Teil einer Nationalen Strategie zur Überwindung von Wohnungsnot und Wohnungslosigkeit sein sollten.

Gesundheitsversorgung und Gesundheitspolitik:

- Grundsätzliche Umsteuerung der Gesundheitspolitik, um die besonderen Bedarfslagen von Menschen in Wohnungsnot und Armut zu berücksichtigen
- Gemeinsamer Fonds von Kassenärztlicher Bundesvereinigung, Gesetzlicher Krankenversicherung und öffentlicher Hand, um medizinische Versorgungsprojekte ausreichend und nachhaltig zu sichern
- Gesundheit ist ein Menschenrecht, deshalb müssen Menschen ohne Hinterfragung ihres rechtlichen Status behandelt werden können.

Arbeitsförderung und Arbeitsmarktpolitik

- Inklusiver Sozialer Arbeitsmarkt
- Gesetzliche Verankerung von Sozialunternehmen

Schutz vor Gewalt und Vertreibung:

- Präventive Maßnahmen zum Schutz vor Gewalt und Sicherheit im öffentlichen Raum
- Konsequente Strafverfolgung bei Gewalt gegen Wohnungslose
- Dokumentation von menschenverachtenden und rechtsextremen Motiven und Hintergründen von Gewalt

Doch zurück auf die zentralen wohnungsbezogenen Handlungsfelder (Seite 11). Welche Handlungsnotwendigkeiten ergeben sich für den Bund?

Wohnungs- und sozialpolitische Handlungsnotwendigkeiten

Handlungsebene Bund

- Dauerhafte Beteiligung des Bundes an der sozialen Wohnraumversorgung
- Dauerhafte Sozialbindung
- Neue Gemeinnützigkeit
- Verpflichtende, bundeseinheitliche, geschlechtsdifferenzierte Wohnungsnotfallstatistik
- Ausreichender Regelsatz
- Wirksame Mietpreisbremse
- Änderung des Gewerbemietrechts, damit soziale Träger und ihre KlientInnen und MieterInnen Rechtssicherheit erhalten
- „Heilungsfrist“ bei der Prävention retten
- Übernahme von Schulden für Unterkunft und Heizung auch im SGB II als Beihilfe
- Abschaffung der Sanktionen bei den KdU
- BImA: Bund stellt Konversionsliegenschaften und weitere Immobilien verbilligt zur Verfügung
- Gezielte Förderprogramme zur Versorgung von Menschen in einer Wohnungsnotfallsituation
- Leitlinien für eine menschenwürdige Unterkunft

BAG Wohnungslosenhilfe
www.bagw.de



11

Wohnungs- und sozialpolitische Handlungsnotwendigkeiten des Bundes und der Länder

- Die Beteiligung des Bundes an der sozialen Wohnraumversorgung muss dauerhaft erhalten bleiben und gesteigert werden. Es scheint, dass die aktuellen Kompensationsmittel des Bundes an die Länder in Höhe von 1,5 Mrd. €/ Jahr in den Jahren 2020/ 2021 wieder auf 1 Mrd./ Jahr zurückgefahren werden.
- Notwendig ist die dauerhafte Sozialbindung von Wohnraum.
- Um bezahlbaren Wohnraum dauerhaft zur Verfügung stellen zu können, ist ein gemeinnütziger Wohnungsbausektor ein wichtiges Instrument. Der Bund müsste den Rahmen und die Instrumente für eine neue Gemeinnützigkeit bei der Wohnraumversorgung schaffen.
- Durch die Einführung einer gesetzlich verpflichtenden, bundeseinheitlichen geschlechtsdifferenzierten Wohnungsnotfallstatistik lässt sich die Wohnungsnot natürlich nicht beseitigen, aber auf jeden Fall der Wohnraumbedarf und das Ausmaß der Wohnungslosigkeit genauer ermitteln. Die BAG W hat dazu eine ausführliche Empfehlung erarbeitet, die auch dem Ministerium vorliegt. Bei Nachfragen dazu stehe ich gerne zur Verfügung.
- Die Armut der unteren Einkommensgruppen hat sich verfestigt, u. a. durch die Ausweitung des Niedriglohnsektors und der atypischen Beschäftigung sowie durch den unzureichenden ALG II-Regelsatz. Die Verantwortung für einen ausreichenden Regelsatz in der Grundversicherung liegt beim Bund.
- Ebenfalls beim Bund liegt die Verantwortung für eine tatsächlich wirksame Mietpreisbremse.
- Änderung des Gewerbemietrechts, sodass soziale Träger, die für ihre Klientel Wohnraum anmieten, um diesen dann weiterzuvermieten, Rechtssicherheit erhalten und ihnen nicht einfach grundlos gekündigt werden kann.
- Bei der Prävention droht die sog. Heilungsfrist - ein ganz wesentliches Element wegzubrechen. In seinem Urteil vom 18. September 2018 hat der Bundesgerichtshof bestätigt, dass eine fristlose Kündigung eines Wohnraummietverhältnisses mit einer hilfsweise erklärten ordentlichen Kündigung verbunden werden kann. Hier müsste m. M. auf Bundesebene geklärt werden, welche gesetzlichen Möglichkeiten es gibt, die Heilungsfrist zu retten.
- Bei der Übernahme von Schulden für Unterkunft und Heizung sollte - wie im Sozialgesetzbuch XII - auch im Sozialgesetzbuch II die Möglichkeit einer Leistungsgewährung als Beihilfe vorgesehen werden.
- Keine Sanktionierung bei den Kosten von Unterkunft und Heizung, dies ist besonders wichtig bei den unter 25-Jährigen, die ja immer noch einem verschärften Sanktionsregime unterliegen.
- Städtischen Wohnungsbaugesellschaften, Genossenschaften, Organisationen und Initiativen, die langfristig gebundenen Wohnraum schaffen, sollte vorrangig der Erwerb von Grundstücken der Bundesanstalt für Immobilienaufgaben (BimA) und der Liegenschaftsverwaltungen der Länder ermöglicht werden - zu Preisen, die dann den Bau öffentlich geförderter und bezahlbarer Wohnungen erlauben. Also Schluss mit dem Höchstbietverfahren.
- Innenministerkonferenz entwickelt Leitlinien für eine menschenwürdige Unterbringung wohnungsloser Menschen. Dies könnten Eckpunkte solcher Leitlinien sein.

Menschenwürdiges Notversorgungssystem

- Keine Verfestigung der Wohnungslosigkeit in der Unterkunft
- Sicherheit gewährleisten:
 - Geschlechtsgetrennte Unterbringung
 - Personalpräsenz 24 Stunden
 - Geschulte Hausbewirtschaftung
- Wahrung und Achtung der Privatsphäre:
 - Unterbringung EZ / abgeschlossene WE f. Familien
- Schnellstmögliche Vermittlung in Wohnraum:
 - Beratende Angebote
- Anspruch auf ordnungsrechtliche Unterbringung unabhängig von der Nationalität und dem Aufenthaltsstatus

BAG Wohnungslosenhilfe
www.bagw.de

12

Neben diesen allgemeinen Maßnahmen können Bund und Länder mit gezielten Förderprogrammen zur Versorgung von Menschen in einer Wohnungsnotfallsituation Maßnahmen auf lokaler Ebene wirksam flankieren.

Förderprogramme zur Versorgung von Menschen in einer Wohnungsnotfallsituation

- Förderprogramm „Prävention“ zum Aufbau kommunaler Fachstellen zur Verhinderung von Wohnungsverlusten
- Förderprogramm „Pro Wohnen“ zur Unterstützung von Netzwerken privater Vermieter/Wohnungsunternehmen mit Kommunen und freien Trägern zur Prävention und zur Erschließung von Wohnraum für Wohnungslose
- Förderprogramm „Von der Straße in die Wohnung“:
 - aufsuchende Hilfen für Wohnungslose auf der Straße
 - Akquirierung von Immobilien für diesen Personenkreis
 - wohnbegleitenden Hilfen

BAG Wohnungslosenhilfe
www.bagw.de

13

Die BAG W fordert deshalb:

- Ein Förderprogramm zum Aufbau von kommunalen Fachstellen zur Verhinderung von Wohnungsverlusten unter Beteiligung der Dienste der Freien Wohlfahrtspflege mit Schwerpunkt im ländlichen Raum. Das Programm sollte ein Volumen von insgesamt 50 Mio. Euro und eine Laufzeit von vier Jahren umfassen.
- Das Förderprogramm »Pro Wohnen« (Umfang: 40 Mio. Euro, Laufzeit: vier Jahre) soll Netzwerke von privaten Vermieter*innen oder Wohnungsunternehmen mit Kommunen und freien Trägern zur Prävention von Wohnungsverlusten und zur Erschließung von Wohnraum für Wohnungslose im privaten

Vermietermarkt und in der Wohnungswirtschaft fördern. Wichtig auch bei der Krisenintervention zum Wohnungserhalt. Krisenintervention wird oft von freien Trägern geleistet, jedoch zum Zeitpunkt einer solchen Intervention ist die Finanzierung des Angebotes oft nicht gesichert.

- Das Förderprogramm »Von der Straße in die Wohnung« (Umfang: 10 Mio. Euro, Laufzeit: vier Jahre) soll wohnungslose Menschen, auch langzeitwohnungslose Menschen auf der Straße, durch aufsuchende Hilfen auf der Straße, Akquise von Immobilien für diese Menschen und wohnbegleitende Hilfen fördern.



Letztlich steht jede Kommune in der Verantwortung für die Wohnungsversorgung aller ihrer Bürger*innen.

Ein Wohnraumversorgungskonzept auf kommunaler bzw. regionaler oder Kreisebene muss alle genannten Handlungsfelder umfassen sowie alle in diesen Handlungsfeldern aktiven Akteure einbinden. Die freiverbandlichen Hilfen in Wohnungsnotfällen müssen sich auf kommunalpolitischer Ebene in die Wohnungspolitik einmischen, um solche Konzepte mit zu entwickeln.

Wichtiger Partner der Kommune bei der Sicherstellung der Ressource Wohnraum ist die kommunale Wohnungsbaugesellschaft. Wie groß die Handlungsmöglichkeiten der kommunalen Wohnungsbaugesellschaft sind, ist eine politische Entscheidung der Kommune.

Die Handlungsmöglichkeit bestimmt sich letztlich durch die politische Abwägung zwischen den Renditeerwartungen, die die Kommune an »ihr« kommunales Wohnungsunternehmen richtet und den wohnungs- und sozialpolitischen Verpflichtungen, die erfüllt werden sollen.

Kommunale Wohnungsunternehmen sind und bleiben ein unverzichtbares Steuerungselement, deshalb dürfen sie nicht verkauft werden.

Aber nicht alle Bürger*innen mit Zugangsschwierigkeiten zum Wohnungsmarkt werden durch das kommunale Wohnungsunternehmen versorgt werden können. So wird es notwendig werden, auch die private Wohnungswirtschaft und private Vermieter*innen, direkt oder über ihre Verbände, in ein »Bündnis für bezahlbaren Wohnraum« einzubeziehen. Deswegen sind wir als BAG W seit knapp vier Jahren im direkten Gespräch mit Haus & Grund, um gemeinsame Interessen und Möglichkeiten der besseren Kooperation auszuloten und für solche Kooperationen zu werben.

Welche weiteren Handlungsmöglichkeiten der Kommune gibt es?

Konzeptionelles Bauen

Um Anreize für den Bau von bezahlbarem Wohnraum zu schaffen, sind Grundstücke nicht nach dem Höchstbieterverfahren zu vergeben, sondern nach festgelegten Konzeptionen zu verkaufen, damit sichergestellt wird, dass der öffentlich geförderte Wohnungsbau qualitativ, attraktiv und in ausreichender Zahl errichtet wird und damit auch wohnungslosen Menschen zugutekommt, die besondere Zugangsschwierigkeiten zum Wohnungsmarkt haben.

Umwandlung von ordnungsrechtlichen Unterkünften in Sozialwohnungen

Damit ist gemeint, die gezielte Umwandlung von geeigneten ordnungsrechtlichen Obdachlosen-siedlungen oder Schlichtwohnungsbeständen in einen regulären kommunalen Sozialwohnungsbestand mit entsprechendem baulichen Standard. Vormalig ordnungsrechtlich untergebrachte Menschen erhalten so eigenen mietvertraglich abgesicherten Wohnraum.

Wohnungsaufsichtsgesetz, Zweckentfremdungsverordnung, Milieuschutz

Die Gemeinden können gemäß Wohnungsaufsichtsgesetz durch Satzung „Gebiete mit erhöhtem Wohnungsbedarf festlegen, in denen Wohnraum nur mit Genehmigung zweckentfremdet werden darf.“

Zweckentfremdungsverordnungen können verhindern, dass Mietwohnungen, insb. in attraktiven Lagen und/ oder Regionen als Ferienwohnungen auf den Markt kommen.

Gemeinden können durch Satzung Gebiete bezeichnen „in denen zur Erhaltung oder Zusammensetzung der Wohnbevölkerung der Rückbau, die Änderung oder die Nutzungsänderung baulicher Anlagen der Genehmigung bedürfen.“ Solche Milieuschutzsatzungen sollten rechtzeitig als Instrument zur Eindämmung von Luxussanierungen und der damit einhergehenden Gentrifizierung offensiv genutzt werden.

Richtlinien zur Angemessenheit der Kosten der Unterkunft (KdU)

In vielen Kommunen sind Angemessenheitsgrenzen zu knapp bemessen. Zu niedrig bemessene KdU können mittel- und langfristig zu einer Überschuldung der einkommensarmen Haushalte führen und in der Konsequenz Mietverhältnisse gefährden.

Oft ist argumentiert worden, dass zu großzügige Angemessenheitsgrenzen bei den KdU zu Mitnahmeeffekten auf der Vermieterseite führten. Auf angespannten Wohnungsmärkten ist die Situation wohl anders einzuschätzen: Aufgrund des hohen Konkurrenzdrucks wird das Wohnungssegment für Menschen, die ALG II bzw. Sozialhilfe beziehen, durch niedrige Angemessenheitsgrenzen weiter eingeschränkt und sie geraten deutlich schneller in eine Verschuldung bzw. überschreiten die Angemessenheitsgrenze mit der negativen Konsequenz, dass eine eventuell notwendige Mietschuldenübernahme zur Verhinderung eines Wohnungsverlustes dann nicht mehr möglich ist.

Die örtlichen Regelungen zur Übernahme der KdU und zur Beurteilung ihrer Angemessenheit können zugunsten von Menschen in Wohnungsnot gestaltet werden, wenn sie entsprechende Regelungen enthalten:

- Richtwerte statt Höchstwerte bzw. Mietobergrenzen
- Erhöhte KdU-Richtwerte für wohnungslose Haushalte
- Die Anforderung die KdU zu senken, zeitlich begrenzen: Also, wenn jemand schon Monate lang vergeblich nach alternativem Wohnraum sucht, sollte man ihn in seiner Wohnung wohnen lassen
- Die Hürden zur Anerkennung schwerwiegender sozialer Gründe im Bereich der U25-Sonderregelungen zur Anmietung einer Wohnung sollten nicht zu hoch sein
- Die regelhafte Übernahme von Maklerkosten und/ oder Vermittlungskosten bei Obdach- und Wohnungslosen

Dies sind Punkte, die wir als BAG W in unserer aktuellen Empfehlung „Bezahlbaren Wohnraum schaffen, Wohnraum für wohnungslose Menschen akquirieren“ ausführlich dargelegt haben.

Zugang zu Wohnraum für Menschen in einer Wohnungsnotfallsituation sichern

Der Bau und die Existenz preiswerten Wohnraums ist zwar Voraussetzung für die Bekämpfung von Wohnungslosigkeit, aber nicht ausreichend. Wir fordern deshalb die Kommunen auf, Belegungsquoten für wohnungslose Haushalte einzuführen und weitere Maßnahmen zu ergreifen, um sicherzustellen, dass wohnungslose Haushalte mit eigenen Wohnungen versorgt werden.

Kommunen sollten versuchen, Wohnungen für Wohnungslose bei privaten Vermieter*innen zu akquirieren, aber selbstverständlich auch durch Vereinbarungen mit den Unternehmen der Wohnungswirtschaft.

Dafür gibt es bereits diverse Modelle und auch gute Praxis, die nachgeahmt werden kann. (Pool-Management Bielefeld, Geschütztes Marktsegment Berlin, Akquise privaten Wohnraums in KA, Koop. Stadtmission Kiel mit Haus & Grund)

Dabei müssen die Vereinbarungen der Kommune mit der Wohnungswirtschaft so bindend wie nötig sein, um den gewünschten Effekt, die Versorgung von wohnungslosen Menschen bzw. von Menschen in einer Wohnungsnotfallsituation, sicherzustellen.

Vor Ort muss natürlich immer im Detail untersucht werden, ob die Bestimmungen und die Praxis eines solchen Verbundes (noch) angemessen und tauglich sind, insb. in Bezug auf:

- die Zahl der beteiligten Unternehmen und die von ihnen eingebrachten Wohnungskontingente (Quantität)
- die Qualität der Kontingente
- die sozialräumliche Verteilung der Kontingente
- die Definition der Zugangsberechtigten
- die Vergabep Praxis

Der Wohnraum kann auch durch freie Träger selbst geschaffen werden. Als eine Art Ultima Ratio stellt sich diese Aufgabe immer dann, wenn es nicht gelingt, Klient*innen in mietvertraglich abgesicherten Wohnraum zu vermitteln.

Werden freie Träger wohnungswirtschaftlich aktiv, dann sind sie allerdings im besonderen Maße zu unterstützen.

Ein großes Problem, mit dem freie Träger, die Wohnraum bauen wollen, konfrontiert sind, dürfte die erforderliche Eigenkapitalbasis sein. Nur wenn diese gegeben ist, können öffentliche Wohnungsbaumittel bzw. Hypothekendarlehen in Anspruch genommen werden. Darlehen oder Bürgschaften von Kirchengemeinden, Wohlfahrtsverbänden, Trägern sind deswegen notwendig.

Auch die Überlassung eines Baugrundstücks durch eben diese oder die Kommune sind eine wichtige Unterstützung beim Eigenmittelnachweis.

Ähnlich wie der Bau von Wohnraum durch freie Träger, ist die Anmietung von Wohnraum durch freie Träger eine wichtige Handlungsoption. Sie ist quasi ein Instrument, um den Konkurrenznachteil der Klientel durch die Bonität und Vertrauenswürdigkeit des freien Trägers auszugleichen.

Wenn ein freier Träger der Wohnungslosenhilfe an Klient*innen vermietet, sollten im Verhältnis zur/zum Klient*in/ Mieter*in möglichst die Bereiche „Vermietung, Mieterberatung“ und „persönliche Hilfen im Wohnraum“ getrennt sein, um Rollenkonflikte zu vermeiden.

Handlungsfeld Prävention

Nicht nur, aber insb. in Zeiten fehlenden bezahlbaren Wohnraums sind Präventionsanstrengungen unverzichtbar.

Neben der Mietschuldenübernahme nach §22 SGB II und §6 SGB XII kommt bei den Bemühungen zum Wohnungserhalt den Hilfen nach §§67 ff. SGB XII große Bedeutung zu.

In §68 Abs. 1 SGB XII werden explizit die »Maßnahmen bei der Erhaltung und Beschaffung einer Wohnung« genannt.

Zudem gibt es auch Fallkonstellationen, in denen der Wohnungsverlust nicht allein aufgrund von Mietschulden droht. Ich finde der Eisberg ist dafür ein gutes Symbol: Nur ein kleiner Teil des Eisbergs ist auf den ersten Blick zu sehen.

Ebenfalls sind bei den Interventionen zum Erhalt der Wohnung, die in der Phase vor Beginn des gerichtlichen Verfahrens einsetzen, die Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten nach §67 SGB XII ein wichtiges Instrument.

Zu den Akteuren bei der Prävention

Die zentrale Fachstelle zur Vermeidung und Behebung von Wohnungslosigkeit sollte die zentrale Handlungseinheit bei der Prävention darstellen, da dann idealerweise die Kompetenzen für die wirtschaftlichen Wohnhilfen (Mietschuldenübernahme), die ordnungsrechtliche Unterbringung sowie für die persönlichen Hilfen zur Erhaltung von Wohnraum bzw. zur Reintegration in Wohnraum gebündelt sind. Besonders wichtig ist, dass die zentrale Fachstelle die Wohnungssicherung nach SGB II und SGB XII – also für alle Wohnungsnotfälle – übernimmt.



Fachstelle unter Beteiligung der Wohnungslosenhilfe



1. Kommunale Fachstelle kooperiert mit einem Träger der Hilfen im Wohnungsnotfall bei spezifischen soz. Dienstleistungen - die Träger bleiben organisatorisch getrennt
2. Gemeinsame Trägerschaft einer Fachstelle
3. Freier Träger ist Träger einer Fachstelle und kooperiert in Bezug auf hoheitliche Aufgaben und sonstige von ihm nicht wahrnehmbare Aufgaben mit dem öffentlichen Träger

BAG Wohnungslosenhilfe
www.bagw.de

16

Man kann zwischen drei Typen von Fachstellen unterscheiden:

- Typ I: Die von der Kommune getragene Fachstelle kooperiert mit einem freien Träger der Hilfen im Wohnungsnotfall bzgl. spezifischer sozialer Dienstleistungen und beide Träger bleiben organisatorisch getrennt.
- Typ II: Die kommunale Fachstelle geht eine gemeinsame Trägerschaft mit einem freien Träger der Hilfen im Wohnungsnotfall ein, d. h. Personal, Finanzen und Organisation sind integriert.
- Typ III: Ein freier Träger der Hilfen im Wohnungsnotfall ist selbst Träger einer Fachstelle zur Verhinderung von Wohnungsverlusten und kooperiert in Bezug auf nicht-übertragbare hoheitliche Aufgaben bzw. sonstige von ihm nicht wahrnehmbare Aufgaben mit dem öffentlichen Träger.

Beim Typ III ist es allerdings wichtig, dass die Mitteilungen in Zivilsachen [nach §22 Absatz 9 SGB II und §36 Absatz 2 SGB XII] in diesen Fachstellen einlaufen.

In der Praxis vorherrschend sind Fachstellen in kommunaler Trägerschaft, die in unterschiedlichem Ausmaß mit freien Trägern der Hilfen im Wohnungsnotfall kooperieren.

Weiterer Akteur: Freie Träger der Hilfen im Wohnungsnotfall

Freie Träger sind kompetent in der Beratung, Begleitung, Unterstützung und in der aufsuchenden Kontaktaufnahme von Menschen in schwierigen sozialen Lebenslagen.

Sie können auch gut Gründe und Auslöser von Wohnungsverlusten wahrnehmen, die nicht auf Mietschulden zurückzuführen sind.

Beratungsstellen freier Träger von Hilfen im Wohnungsnotfall sind oft die ersten Anlaufstellen für vom Wohnungsverlust bedrohte Menschen.

Darüber hinaus haben Hilfen freier Träger wichtige Aufgaben bei der nachhaltigen Stabilisierung bedrohter Wohnverhältnisse, d. h. Aufgaben, die über die akute Krisenintervention zum Erhalt des Wohnraums hinausgehen.

Freie Träger der Hilfen im Wohnungsnotfall



Kompetenzen im Präventionsprozess

- Aufsuchende Kontaktaufnahme
- Beratung, Begleitung, Unterstützung von Menschen in schwierigen sozialen Lebenslagen
- Wahrnehmung der Gründe und Auslöser von Wohnungsverlusten, die neben Mietschulden relevant sind
- Nachhaltige Stabilisierung bedrohter Wohnverhältnisse nach der akuten Krisenintervention (Unterstützung im Wohnraum)

BAG Wohnungslosenhilfe
www.bagw.de

17

Im Rahmen des Forschungsverbundes »Wohnungslosigkeit und Hilfen in Wohnungsnotfällen« waren u. a. persönliche Hilfebedarfe der Klient*innen in Fach- und Präventionsstellen ermittelt worden. Danach haben nach Einschätzung der Fach- und Präventionsstellen zwei Drittel der dort anhängigen Haushalte einen über die aktuelle Krisenintervention zum Erhalt der Wohnung hinausgehenden Hilfebedarf (Schulden, besondere soziale Schwierigkeiten, Sucht, psychische Störungen).

Knapp 40% der Präventionsfälle waren vorher bereits ein- oder zweimal in ähnlicher Krisensituation (ebenda).

Von den Fachstellen wird also ein Bedarf an aufsuchenden Hilfen und persönlichen Hilfen im Anschluss an eine unmittelbare Krisenintervention gesehen.

Die kommunalen Fachstellen intervenieren i. d. R. bei einer Mietschuldenproblematik. Die Intervention ist dabei i. d. R. nicht aufsuchend (Komm-Struktur). Persönliche Hilfen können im Anschluss an die Krisenintervention kaum geleistet werden. Diese können und sollten von den freien Trägern der Hilfen im Wohnungsnotfall erbracht werden.

Die Phasen des drohenden Wohnungsverlustes

Der drohende Wohnungsverlust ist in der Regel ein Prozess, der sich in drei Hauptphasen unterteilen lässt, die unterschiedlichen Interventionsmöglichkeiten eröffnen:

Die Details lassen sich hier und jetzt nicht erörtern.

Wichtig sind mir die drei Phasen Grün - Gelb - Rot :

Ich komme nun zu den Voraussetzungen erfolgreicher Interventionen zum Erhalt der Wohnung.

- Frühe Intervention
 - Früher Kontakt zu dem vom Wohnungsverlust bedrohten Haushalt
 - Persönliche Hilfen
 - Arbeit im Quartier
 - Niedrigschwellige Beratungsangebote
 - Frühzeitige Ansprache des Vermieters
- Nachhaltiger Kontakt zu dem vom Wohnungsverlust bedrohten Haushalt
- Bündelung der Zuständigkeiten
- Enge Kooperation der Akteure

	außergerichtliche Phase	gerichtliche Phase	Vollstreckungsphase
Probleme	<ul style="list-style-type: none"> • unregelmäßige Mietzahlung • Zahlungsverzögerungen • Probleme mit der Nachbarschaft • Anzeichen der Verwahrlosung der Wohnung 	<ul style="list-style-type: none"> • Zahlungsverzug zwei Monatsmieten • Mietsache ist erheblich gefährdet 	
Aktion	<ul style="list-style-type: none"> • Vermieter mahnt, ggf. mehrmals • Vermieter kündigt • Mieter verlässt die Wohnung u. U. bereits vor Kündigung 	<ul style="list-style-type: none"> • außerordentliche Kündigung • Räumungsklage • Mitteilung des Amtsgerichts • Räumungsurteil • Räumungsfrist 	<ul style="list-style-type: none"> • Räumungstermin(e) • Zwangsräumung • Ggf. Vollstreckungsschutz
Intervention	<ul style="list-style-type: none"> • Widerspruch gegen Kündigung • Mietschuldenübernahme • Jobcenter koordiniert sich mit der Fachstelle / mit der Beratungsstelle nach § 67 SGB XII • Abtränkungserklärung: Jobcenter überweist die Miete direkt an den Vermieter • Verhandlungen mit dem Vermieter zum Erhalt des Wohnraums • Hilfen nach §§ 67 ff SGB XII • privater Vermieter findet Beratung / Ansprechpartner bevor juristische Schritte eingeleitet werden • ggf. weiterführende Beratungsangebote • psychosoziale Hilfen • Vermittlung in anderen geeigneten Wohnraum 	<ul style="list-style-type: none"> • Sehr zeitnahe und schnelle Intervention: Mietschuldenübernahme innerhalb von zwei Monaten • Verhandlungen mit dem Vermieter zum Erhalt des Wohnraums • schnelle Kontaktaufnahme mit dem Mieter • schnelle Kontaktaufnahme mit dem Vermieter • Vermittlung in anderen Wohnraum bei Verfügbarkeit alternativen Wohnraums • Hilfen nach §§ 67 ff SGB XII 	<ul style="list-style-type: none"> • Wiedereinweisung nach Ordnungsrecht • Vermittlung in anderen Wohnraum • Hilfen nach §§ 67 ff SGB XII • ggf. weiterführende Beratungsangebote
Akteure	Zentrale Fachstelle Beratungsstelle der Hilfen im Wohnungsnotfall (nach § 67 SGB XII) Wohnungswirtschaft Privater Vermieter bzw. Interessenvertretung des privaten Vermieters – örtlicher Verein Haus & Grund Jobcenter Ggf. Schuldnerberatung, Suchtberatung, Familienberatung, Psychosozialer Dienst		

1. Frühe Intervention

Es lässt sich erkennen, dass eine möglichst erfolgreiche und kostensparende Intervention zum Erhalt von Wohnraum an bestimmte Voraussetzungen geknüpft ist. Der Interventionszeitpunkt sollte so früh wie möglich sein, d. h. idealerweise in der außergerichtlichen Phase, weil:

- Mietschulden noch gering sind
- keine Kosten für ein gerichtliches Verfahren anfallen
- daher eine größere Verhandlungsbereitschaft des Vermieters vorausgesetzt werden kann
- ein »kalter« Wohnungsverlust verhindert werden kann, also vermieden werden kann, dass der Mieter die Wohnung ohne Kündigung verlässt, weil er glaubt, die Situation nicht mehr in den Griff zu bekommen.

Ein früher Interventionszeitpunkt verschafft einen deutlich größeren Handlungsspielraum für alle Beteiligten. Eine bereits erhobene Räumungsklage nötigt wegen der relativ kurzen Heilungsfrist von zwei Monaten quasi zur Mietschuldenübernahme oder zur ordnungsrechtlichen Unterbringung, wenn der Wohnungsverlust nicht verhindert wird.

Nach Erkenntnissen der Studie zur Prävention von Wohnungslosigkeit in Nordrhein-Westfalen (Busch-Geertsema/ Evers/ Ruhstrat, 2014) findet eine frühe Intervention aber in vielen Fällen nicht statt:

Weniger als die Hälfte der Fälle werden in der außergerichtlichen Phase bekannt, die an sich die besten Interventions- und »Heilungs«chancen birgt. Gut 40% der Fälle werden nach Eingang der Räumungsklage und weitere knapp 14% erst nach angesetztem Zwangsäumungstermin bekannt (vgl. ebenda, S. 49).

Um sehr früh im Vorfeld eines eventuellen Wohnungsverlustes eingreifen zu können, müssen Hilfeangebote den Haushalten, deren Wohnung gefährdet ist, bekannt sein. In der Stadt, im Wohnquartier muss durch eine gute Öffentlichkeitsarbeit deutlich werden, welche Stellen in einer Wohnungsnotfallsituation angesprochen werden können.

Beratungsstellen freier Träger sollten neben den Hilfen für wohnungslose Menschen auch explizit präventive Hilfen anbieten beispielsweise durch aufsuchende präventive Hilfen bei Haushalten, die durch postalische Anschreiben nicht frühzeitig erreicht werden oder bei denen es keine Benachrichtigung aufgrund einer Räumungsklage wegen Mietschulden gibt. Neben der Einzelfallberatung, Begleitung, Betreuung etc. gewinnt die Quartiersarbeit große Bedeutung, damit betroffene Haushalte frühzeitig Hilfeangebote wahrnehmen können.

Auch die sehr frühzeitige Ansprache des Vermieters ist wichtig. Der private Vermieter sollte sich bei anbahnenden Konflikten im Mietverhältnis an feststehende Ansprechpartner*innen in der zentralen Fachstelle und/oder der Beratungsstelle des freien Trägers der Hilfen im Wohnungsnotfall wenden können, die dann verlässlich die Verhandlungen zwischen der/des Vermieter*in und der/des Mieter*in unterstützend und beratend begleiten oder sich um die Einleitung/ Beantragung der Mietschuldenübernahme und/oder die Vermittlung anderer flankierender Maßnahmen kümmern.

Wendet sich die/der private Vermieter*in an seine Interessenvertretung, beispielsweise des örtlichen Haus & Grund-Verein, dann sollte es eine vereinbarte Kooperation zwischen Haus & Grund und den Hilfen im Wohnungsnotfall geben, damit vor dem Einschalten der/des Anwältin/Anwalts und vor Beginn eines gerichtlichen Verfahrens ausgelotet werden kann, ob und wie die Wohnung erhalten bleiben kann.

Initiative Pro Wohnen



Vermieterverband Haus & Grund und BAG Wohnungslosenhilfe starten Initiative gegen Wohnungslosigkeit

Kooperation zwischen privaten Vermietern, sozialen Diensten und Kommunen stärken

Berlin, 27.09.2016. Der Vermieterverband Haus & Grund Deutschland und die BAG Wohnungslosenhilfe, Dachverband der Dienste und Einrichtungen der Wohnungsnotfallhilfen in Deutschland, wollen gemeinsam die Zusammenarbeit mit den Kommunen stärken, um Wohnungslosigkeit bereits im Entstehen zu verhindern.

BAG Wohnungslosenhilfe
www.bagw.de

20

Seit 2014 arbeiten BAG Wohnungslosenhilfe und Haus & Grund Deutschland, der Dachverband der privaten Vermieter, zusammen um solche Kooperationen vor Ort zu befördern.

Die zentrale Idee der Kooperation „Pro Wohnen“ ist die Bildung örtlicher Kooperationsnetzwerke zwischen lokalen Haus- & Grund-Vereinen einerseits und sozialen Diensten freier Träger der Wohnungsnotfallhilfen bzw. der Kommunen andererseits, das Problem der Mietschulden der Mieter*innen einerseits und der Mietausfälle bei privaten Vermieter*innen zu lösen.

Wohnungsunternehmen, die kein eigenes Sozialmanagement unterhalten, sollten in den freien Trägern der Hilfen im Wohnungsnotfall verlässliche Partner*innen finden, die frühzeitig bei sich abzeichnenden Problemen im Mietverhältnis den betroffenen Haushalt aufsuchen können, um eine Problemanalyse entwickeln und Problemlösungen erarbeiten zu können.

Im Benchmarking der 16 großen Großstädte ist festgestellt worden, dass in den Städten, in denen es Vereinbarungen mit der Wohnungswirtschaft gibt, weniger Räumungsklagen auftreten, weil die Fachstellen bei einer Kündigung eine entsprechende Nachricht des Unternehmens bekommen und ein frühzeitiger Kontakt zu den betroffenen Haushalten hergestellt werden kann (Hollenrieder/ König/ Lagler/ Kroll-Pautsch, 2013, S. 54 f). Unter Berücksichtigung des Datenschutzes sind Vereinbarungen zu treffen, dass beispielsweise Unterrichtungen bereits erfolgen, wenn es erste Unregelmäßigkeiten bei der Mietzahlung gibt und sich Probleme im Wohnumfeld zeigen.

2. Nachhaltiger Kontakt zu dem von Wohnungsverlust bedrohten Haushalt

Eine 2. Voraussetzung erfolgreicher Intervention ist der nachhaltige Kontakt zum vom Wohnungsverlust bedrohten Haushalt. In der bereits erwähnten NRW-Präventionsstudie wird festgestellt:

Nur 28% der zuständigen Stellen in den kreisangehörigen und kreisfreien Städten und Gemeinden nehmen »in der Regel« über Hausbesuche Kontakt zu den vom Wohnungsverlust bedrohten

Haushalten auf, ebenfalls 28% nehmen »nie« einen Kontakt mittels Hausbesuch auf. »In der Regel« erfolgt eine postalische Kontaktaufnahme. Die Beratungsstellen freier Träger können hier mit ihrer aufsuchenden Arbeit eine wichtige Rolle übernehmen.

3. Bündelung der Zuständigkeiten in der zentralen Fachstelle

Die Bündelung der Zuständigkeit in der zentralen Fachstelle hatte ich eingangs angesprochen. Die Hilfe im Wohnungsnotfall kann sicher effektiver werden, wenn zudem festgelegt wird, dass die »Mitteilungen über Räumungsklagen« auch dem kooperierenden freien Träger der Hilfen im Wohnungsnotfall zugehen, damit dieser umgehend beratend und unterstützend tätig werden kann. Dabei muss der Datenschutz gewährleistet sein.

Wir sind der Überzeugung, dass die Bearbeitung bedrohter Wohnverhältnisse nicht im Jobcenter geschehen sollte. Gegebenenfalls sollte eine Übertragung auf eine zentrale Fachstelle passieren. Will man das nicht, muss es sehr verbindliche Kooperationsvereinbarungen geben.

4. Enge und fest vereinbarte Kooperation der Akteure

Es bedarf in jeder Phase einer Kooperation von Fachstelle, freien Trägern, Vermieterseite, Jobcentern, die ein zeitnahe Handeln ermöglicht. Diese Kooperation sollte so weit wie möglich durch Kooperations- und Koordinationsverträge zwischen öffentlichen und den jeweiligen freien Trägern vereinbart sein. Bestimmungen dafür finden sich im §17 Abs. 2 SGB II.

Vertraglicher Rahmen der Kooperation im SGB II

§ 17 SGB II Einrichtungen und Dienste für Leistungen zur Eingliederung

- (2) Wird die Leistung von einem Dritten erbracht und sind im Dritten Buch keine Anforderungen geregelt, denen die Leistung entsprechen muss, sind die Träger der Leistungen nach diesem Buch zur Vergütung für die Leistung nur verpflichtet, wenn mit dem Dritten oder seinem Verband eine Vereinbarung insbesondere über
1. Inhalt, Umfang und Qualität der Leistungen,
 2. die Vergütung, die sich aus Pauschalen und Beträgen für einzelne Leistungsbereiche zusammensetzen kann, und
 3. die Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen besteht. Die Vereinbarungen müssen den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit, Sparsamkeit und Leistungsfähigkeit entsprechen.

Vertraglicher Rahmen der Kooperation im SGB XII



§ 5 SGB XII Verhältnis zur freien Wohlfahrtspflege

- (5) Die Träger der Sozialhilfe können allgemein an der Durchführung ihrer Aufgaben nach diesem Buch die Verbände der freien Wohlfahrtspflege beteiligen oder ihnen die Durchführung solcher Aufgaben übertragen, wenn die Verbände mit der Beteiligung oder Übertragung einverstanden sind. Die Träger der Sozialhilfe bleiben der Leistungsberechtigten gegenüber verantwortlich.
- (6) § 4 Abs. 3 findet entsprechende Anwendung..
 ((3) Soweit eine Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten erfolgt, ist das Nähere in einer Vereinbarung zu regeln.)

BAG Wohnungslosenhilfe
www.bagw.de

22

Für alle Verträge gilt: Je klarer und eindeutiger die Beschreibung der zu übernehmenden Aufgaben, desto weniger Probleme und Konflikte in der Praxis (vgl. BAG W, 2011). Dieses Prinzip gilt auch für Kooperationsvereinbarungen zwischen freien Trägern und Wohnungsunternehmen bzw. den Vertretungen privater Vermieter, bspw. Haus & Grund.

Handlungsfeld Notversorgungssystem

Unterkünfte sind ein zentrales Element eines kommunalen Notversorgungssystems, das sich als ein Netz niedrigschwelliger Angebote und Hilfen zur Daseinsvorsorge beschreiben lässt.

Unterkünfte sind eine Mindestversorgung, die keinesfalls geeignet ist, eigenen Wohnraum, persönliche weiterführende Hilfen oder präventive Hilfen zu ersetzen.

Als eine Mindestversorgung sollte sie keinesfalls zu einem dauerhaften Ersatz für eine eigene Wohnung werden. Bereits 1987 hatte deshalb der Deutsche Städtetag als Ziele formuliert (DST, 1987, S. 22):

- Keine Neueinweisungen in Obdachlosenunterkünfte
- Sicherung dauerhafter und preiswerter Normalwohnungen für alle Haushalte, die auf institutionelle Hilfen zur Wohnungsversorgung angewiesen sind
- Verhinderung weiterer und Abbau bestehender Konzentrationen von Haushalten, die auf institutionelle Hilfen zur Wohnungsversorgung angewiesen sind

Da unfreiwillige Obdachlosigkeit die grundgesetzlich geschützten Individualrechte gefährdet, hat jede Kommune den unabweislichen Auftrag, diese Grundrechte zu schützen und entsprechende gefahrenabwehrende Maßnahmen zu ergreifen. Nach den jeweiligen Polizei- und Ordnungsgesetzen der Bundesländer sind die zuständigen Behörden verpflichtet diese Gefahren für die öffentliche Sicherheit abzuwehren.

Wohnungslose Menschen haben also ein Recht darauf, von der Kommune, in der sie sich aktuell und tatsächlich aufhalten, mit einer Notunterkunft nach Ordnungsrecht versorgt zu werden. Dabei ist es unerheblich, wie lange sich die Betroffenen bereits in der Kommune aufhalten. Regelungen, die eine Mindestaufenthaltsdauer in einer Kommune vorsehen, sind nicht rechens (Ruder, 2015). Da es hier um den Schutz grundlegender Menschenrechte geht, besteht der Anspruch auf ordnungsrechtliche Unterbringung unabhängig von der Nationalität und dem Aufenthaltsstatus der Betroffenen (ebenda).

In einer ordnungsrechtlichen Unterbringung sind Konflikte mit einzelnen Bewohner*innen nicht auszuschließen. Davon unberührt bleibt die Versorgungsverpflichtung, die gegebenenfalls Einzelfalllösungen erfordert (BAG W, 2013, S. 5).

In Deutschland gibt es allerdings keine Übersicht darüber, welche Kommune ihrer Unterbringungsverpflichtung nicht nachkommt. Es existieren weder einheitliche oder verbindliche Standards für eine ordnungsrechtliche Unterbringung (vgl. Ruder/ Bätge, 2008, S. 99 ff; BAG W, 2013) noch eine systematische Übersicht über die tatsächliche Ausstattung von Notunterkünften für Obdachlose. Es ist obergerichtlich lediglich festgestellt worden, dass die Menschenwürde gemäß Art. 1 Abs. 1 GG zu gewährleisten ist. Der VGH Kassel hat ein „zivilisatorisches Minimum“ umschrieben: „ein hinreichend großer Raum, der genügend Schutz vor Witterungsverhältnissen bietet, wozu im Winter die ausreichende Beheizbarkeit gehört, hygienische Grundanforderungen wie genügend sanitäre Anlagen, also eine Waschmöglichkeit und ein WC, eine einfache Kochstelle und eine notdürftige Möblierung mit mindestens einem Bett und einem Schrank bzw. Kommode sowie

elektrische Beleuchtung.“ Außerdem gehört „zumindest während der warmen Jahreszeit auch ein Kühlschrank bzw. die Mitbenutzung zur Mindestausstattung dazu.“

Die Ausdeutung des „zivilisatorischen Minimums“ ist außerordentlich heterogen: Durch die Rechtsprechung abgesichert ist aber, dass die betroffenen Personen die Möglichkeit eines ganztägigen Aufenthalts haben müssen – allerdings nicht zwingend in der Übernachtungsstelle. Konkret kann dies bedeuten: Die Menschen in Gemeinschaftsunterkünften müssen diese morgens verlassen, um dann gegebenenfalls eine Tagesaufenthaltsstätte aufzusuchen – oder sie suchen sich Treffpunkte und Aufenthalte im öffentlichen Raum.

Menschenwürdiges Notversorgungssystem 

- Keine Verfestigung der Wohnungslosigkeit in der Unterkunft
- Sicherheit gewährleisten:
 - Geschlechtsgetrennte Unterbringung
 - Personalpräsenz 24 Stunden
 - Geschulte Hausbewirtschaftung
- Wahrung und Achtung der Privatsphäre:
 - Unterbringung EZ / abgeschlossene WE f. Familien
- Schnellstmögliche Vermittlung in Wohnraum:
 - Beratende Angebote

BAG Wohnungslosenhilfe
www.bagw.de 23

Im Gegenteil: Aus den wenigen vorliegenden Untersuchungen (MAIS, 2017; Ministerium BaWü, 2015) geht hervor, dass viele Einzelpersonen und Haushalte viele Jahre in den Unterkünften verbleiben und sich ihre Wohnungslosigkeit und soziale Ausgrenzung dort verfestigt. Das liegt auch daran, dass wohnungslose Menschen in ordnungsrechtlicher Unterbringung häufig keinen Zugang zu Hilfen nach den §67 ff SGB XII haben.

Deswegen empfiehlt die BAG W, dass ein Integriertes Notversorgungskonzept die „Durchlässigkeit zum allgemeinen System sozialer Hilfen ermöglichen/muss/.... Dementsprechend sind auch parallel zur Notversorgung Beratung, Betreuung und Begleitung durch ausreichendes Fachpersonal zu gewährleisten, um die von Wohnungslosigkeit betroffenen Menschen möglichst gezielt über ihre weiteren sozialhilferechtlichen

Unterstützungsmöglichkeiten aufzuklären und eine zeitnahe Vermittlung in eigenen Wohnraum bzw. gegebenenfalls weiterführende bedarfsgerechte Hilfen sicherzustellen.“

Da es sehr wenige gesetzliche Regelungen zur Notunterbringung gibt, hat die BAG W vor einigen Jahren Standards formuliert, die sich an den Prinzipien Sicherheit, Privatsphäre, Vermittlung in eine eigene Wohnung oder in weiterführende Hilfen orientieren:

- Sicherheit für die betroffenen Frauen und Männer gewährleisten, deswegen eine geschlechtsgetrennte Unterbringung, Personalpräsenz von 24 Stunden, geschulte Hausbewirtschaftung
- Weitestgehende Wahrung und Achtung der Privatsphäre, deswegen Unterbringung in Einzelzimmern bzw. abgeschlossenen Wohneinheiten für Familien
- Schnellstmögliche Vermittlung in eigenen Wohnraum, deswegen Sicherstellung einer regelhaften Vermittlung durch beratende Angebote von der ordnungsrechtlichen Unterbringung in eine eigene Wohnung oder bei Bedarf zu weiterführenden Hilfen.

Fazit

„Notunterkünfte für Obdachlose“ haben den Charakter einer Katastrophenhilfe: Sie lindern die größte Not, schaffen aber keine nachhaltige Verbesserung der Situation. Das Leben in Notunterkünften trägt zur Verfestigung der Wohnungslosigkeit, zur sozialen Ausgrenzung und Stigmatisierung bei. Trotzdem ist es notwendig dafür zu sorgen, dass alle Menschen, die unfreiwillig obdachlos sind, Zugang zur ordnungsrechtlichen Unterbringung erhalten, um nicht der Verelendung der Menschen ganz ohne Unterkunft auf der Straße Vorschub zu leisten.

Menschen müssen Möglichkeiten erhalten, wieder eine eigene Wohnung zu beziehen.

Ohne Wohnungen für Wohnungslose und ohne ein systematisches Präventionssystem in jeder Kommune werden sich Wohnungsnot und Wohnungslosigkeit nicht bekämpfen lassen.

Problemlagen wohnungsloser Menschen in NRW – Aktionsprogramm „Hilfen in Wohnungsnotfällen“

Gabriele Schmidt

Einführung

Sehr geehrte Damen und Herren,

mein Name ist Gabi Schmidt und ich leite das Grundsatzreferat in der Abt. Soziales des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW.

Zu unseren Aufgaben zählen die Armut- und Reichtumsberichterstattung des Landes, das Thema Kinderarmut mit dazugehörigem Programm „Zusammen im Quartier Kinder stärken - Zukunft sichern“, das Thema kommunale Sozialplanung, ein Mittagessensprogramm für einkommensarme Kinder und Jugendliche sowie - last but not least - das Thema Wohnungslosigkeit.

NRW ist bislang das einzige Bundesland mit einem Aktionsprogramm gegen Wohnungslosigkeit. Das Programm gibt es schon seit 1996. Seit 2010 ist das Programm bei uns.

Seit 2016 liegt der Schwerpunkt dieses Aktionsprogramms „Hilfe in Wohnungsnotfällen“ auf Prävention:

- das heißt, es geht zuerst um die Wohnungssicherung,
- wenn das nicht mehr möglich ist, um die schnelle Reintegration in reguläre Mietverhältnisse,
- den weiteren Ausbau bedarfsgerechter wohnbegleitender Hilfen.

Da die Kommunen für die Unterbringung wohnungsloser Menschen ordnungsrechtlich zuständig sind, versuchen wir mit dem oben genannten Programm über Modellprojekte neue Lösungs- und Handlungsansätze zu finden und als best-practice der Öffentlichkeit vorzustellen.

Zurzeit finanzieren wir rund sechs solcher Modellprojekte in Köln, Duisburg, Dortmund, Kreis Minden-Lübbecke (ab Frühjahr 2019), Oberbergischer Kreis, Bocholt, ein NRW-weites Projekt mit dem Paritätischen NRW und Fifty-Fifty.

Damit ist die eine Million Euro, die uns jährlich hierfür zur Verfügung steht, schon ziemlich ausgeschöpft.

Aus den Restmitteln wird eine jährliche Statistik über wohnungslose Menschen erstellt. NRW ist bis dato das einzige Bundesland mit einer jährlich erscheinenden Wohnungslosenstatistik.

Seit 2011 werden zum Stichtag 30.6. bei den Kommunen und den freien Trägern die Zahlen abgefragt. Die Statistik konzentriert sich auf einen Ausschnitt der Wohnungsnotfälle, nämlich auf Personen/Haushalte, die tatsächlich von Wohnungslosigkeit betroffen und institutionell (ordnungs- oder sozialhilferechtlich) untergebracht sind bzw. von freien Trägern der Wohnungslosenhilfe betreut werden.

In der integrierten Wohnungsnotfallberichterstattung werden folgende Wohnungsnotfälle erfasst:

Kommunal und ordnungsrechtlich untergebrachte Wohnungslose

Erfasst werden wohnungslose Haushalte und Personen, die zum Stichtag 30. Juni zur Abwendung von Obdachlosigkeit und zur vorübergehenden Unterbringung in (Not-)Unterkünften der öffentlichen Hand untergebracht sind oder aufgrund des §19 Ordnungsbehördengesetz (OBG) in eine Normalwohnung eingewiesen worden sind.

Asylsuchende und Personen in Unterkünften für Spätaussiedler werden nicht erfasst.

Durch freie Träger der Wohnungslosenhilfe untergebrachte bzw. betreute Wohnungslose

Erfasst werden Personen, die am Stichtag 30. Juni Plätze in (teil-)stationären Einrichtungen bzw. im „Betreuten Wohnen“ der Wohnungslosenhilfe nach §§67, 68 SGB XII belegen sowie Personen, zu denen im Laufe des Monats Juni in ambulanten Fachberatungsstellen der Wohnungslosenhilfe Beratungskontakt bestand.

Erfasst wird die Gesamtklientel sowie als Teilgruppe die Wohnungslosen, das heißt Personen, die über keine eigene mietvertraglich gesicherte Wohnung verfügen oder Wohneigentum besitzen.

Des Weiteren führen wir Veranstaltungen und Workshops zu spezifischen Zielgruppen (z. B. junge Wohnungslose, Frauen, psychisch kranke Wohnungslose etc. durch).

Wir vergeben Untersuchungsaufträge, wie z. B. zum Thema „Wohnungslose mit Migrationshintergrund“ und haben mit der Bundesarbeitsgemeinschaft der Wohnungslosenhilfe (BAG W) das Handbuch „Hilfen in Wohnungsnotfällen“ herausgegeben (und finanziert) sowie mit der Gesellschaft für innovative Sozialforschung und Sozialplanung (GISS) eine Studie zur Prävention in der Wohnungslosenhilfe.

In Kürze wird von der GISS in unserem Auftrag ein Praxishandbuch mit dem Titel „Wohnungsnotfallhilfen vorausschauend planen und präventiv handeln“ veröffentlicht werden.

Seit 2018 hat uns der Landtag noch zusätzlich 850.000 Euro jährlich für eine Verbesserung der medizinischen Versorgung wohnungsloser Menschen in NRW und für Kältehilfe zur Verfügung gestellt. Hier arbeiten wir eng mit unserer Gesundheitsabteilung zusammen. Die Kolleg*innen dort sind auch bereits seit vielen Jahren/Jahrzehnten aktiv im Kontext gesundheitlicher Versorgung von wohnungslosen Menschen.

1996 konnten auf Initiative der Ärztekammer Westfalen-Lippe und gemeinsam mit dem damaligen nordrhein-westfälischen Landesministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit und dem Landesarbeitsamt 1996 in den Städten Bielefeld, Bochum, Dortmund und Münster über

Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen für Ärzte Modellprojekte für eine aufsuchende medizinische Hilfe Wohnungsloser eingerichtet bzw. bereits bestehende Projekte stabilisiert werden.

Schon damals zeigte sich anhand der ausgewerteten Projektdaten, dass sich fast 80% der in den Projekten behandelten Wohnungslosen in einem mäßigen oder sogar schlechten gesundheitlichen Zustand befanden. Über 90% hatten keine regelmäßige medizinische Versorgung. Haut- und Atemwegserkrankungen sowie Verletzungen und Infektionserkrankungen dominierten das Krankheitsgeschehen (Ärztekammer Westfalen-Lippe 1998).

Auf der Grundlage dieser Ergebnisse begann 1998 die in NRW eingerichtete Landesgesundheitskonferenz nach Wegen für eine stabile und flächendeckende medizinische Versorgung Wohnungsloser sowie nach entsprechenden Finanzierungsmöglichkeiten zu suchen.

Begleitet wurden diese Bemühungen durch eine zur gleichen Zeit durchgeführte Novellierung des Gesetzes über den Öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen (ÖGDG), das den Gesundheitsämtern seitdem die Möglichkeit einräumt aufsuchende medizinische Hilfen für Wohnungslose dort einzurichten, wo diese nicht durch die medizinische Regelversorgung sichergestellt werden können.

Die 10. nordrhein-westfälische Landesgesundheitskonferenz beschloss daraufhin 2001, zunächst anhand einer Studie den für eine wohnungslose Person pro Quartal durchschnittlich anfallenden medizinischen Versorgungsbedarf zu ermitteln (Standorte: Bielefeld, Düsseldorf, Essen, Gelsenkirchen, Köln).

Im Ergebnis konnte gezeigt werden, dass für die Behandlung Wohnungsloser aufgrund ihres schlechten Gesundheitszustandes ein deutlich höherer Untersuchungs- und Behandlungsaufwand erforderlich ist als für Patient*innen aus der Wohnbevölkerung.

Zudem musste im Vergleich zu Patient*innen einer hausärztlichen Praxis in den Wohnungslosenprojekten durchschnittlich etwa doppelt soviel Zeit pro Patient*in aufgewendet werden (20 Min. vs. 10 Min.).

Anfang 2006 wurde unter Moderation des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen und der Ärztekammer Westfalen-Lippe zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe, den Krankenkassen der Gesetzlichen Krankenversicherung und dem Städte- und Landkreistag eine Rahmenvereinbarung zur Finanzierung mobiler medizinischer Dienste für Wohnungslose geschlossen („Umsetzungskonzept zur medizinischen Versorgung wohnungsloser Menschen in NRW“ - MAGS & ÄKW 2006).

Ziel dieser Vereinbarung ist es, „eine medizinische Erstversorgung gesundheitlich behandlungsbedürftiger und nicht anderweitig medizinisch versorgter wohnungsloser Menschen zu erreichen“ (Präambel des Umsetzungskonzeptes). Anzustreben ist eine „Vermittlung in die medizinische Regelversorgung“ (Umsetzungskonzept §2).

Die Leistungen der mobilen medizinischen Dienste umfassen aufsuchende Arbeit auf der Straße (medical streetwork), Versorgung im Ambulanzfahrzeug, Sprechstunden in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe und in Ambulanzräumen sowie nachgehende Behandlung und Pflege wohnungsloser Patient*innen in Krankenwohnungen (Umsetzungskonzept §5 Abs. 1.2).

Die Arbeit der Teams dient insbesondere der Sicherstellung einer Grund- und Erstversorgung Wohnungsloser, der Klärung erforderlicher weitergehender ärztlicher und pflegerischer Hilfen sowie der Motivierung der Patient*innen zur Inanspruchnahme von Leistungen der medizinischen Regelversorgung sowie des Hilfesystems für Wohnungslose (Umsetzungskonzept §5 Abs. 3).

Richtungsweisend für Deutschland schafft das Anfang 2006 verabschiedete Konzept eine Planungs- und Finanzierungssicherheit für die Initiativen, die sich der medizinischen Versorgung Wohnungsloser angenommen haben.

Bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt (Oktober 2009) haben sich der nordrhein-westfälischen Rahmenvereinbarung die Städte Essen, Köln, Münster, Bielefeld, Dortmund und Hagen (erst 2009) angeschlossen.

Einige Ergebnisse der Evaluation von 2009:

- Seit Abschluss bis 2009 wurden über 5.200 Patient*innen behandelt.
- Auf die behandelten Patient*innen entfielen insgesamt 32.246 Behandlungskontakte, was im Durchschnitt 6,7 Kontakten pro Person entspricht.
- Der überwiegende Teil waren Männer (75%), allerdings lag der Frauenanteil mit 25% über dem anderer Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe, so dass wohnungslose Frauen durch den aufsuchenden Ansatz offensichtlich besonders gut erreicht werden können.
- 90% der in den Projekten behandelten Patient*innen hatten bei ihrem ersten Kontakt keine Kontakte zu niedergelassenen Ärzt*innen.
- Fast 2/3 aller Patient*innen konnten beim ersten Erscheinen in den Projekten keine Versicherungskarte vorlegen.
- Bei jedem 10. Patient*innenkontakt erfolgte eine Überweisung in die medizinische Regelversorgung.
- Eine vollständige Reintegration in die hausärztliche Versorgung gelingt hingegen nur in wenigen Fällen.

Es wurde deutlich, dass sich Wohnungslose in einem äußerst schlechten Gesundheitszustand befinden. Bei den akuten Behandlungsanlässen waren – neben Herz-Kreislauf- und Atemwegsbeschwerden – vor allem Hauterkrankungen und Verletzungen von Bedeutung.

Insgesamt wurde das Krankheitsgeschehen von Suchterkrankungen dominiert – dies sowohl bei den akuten Behandlungsanlässen als auch bei den chronischen Erkrankungen. Vorherrschend ist die Alkoholabhängigkeit, die bei 23% der Patienten dokumentiert, während bei den Patientinnen die Opiatabhängigkeit dominiert (22,7%).

Einführung ins Thema

Die Internetplattform Zeit online eröffnete vor einigen Tagen mit den folgenden drei Sätzen einen Beitrag zum Thema „Wohnungslosigkeit“:

„Sorgen Erkrankungen wie Sucht und Schizophrenie dafür, dass Menschen auf der Straße leben? Oder macht Obdachlosigkeit psychisch krank? Hilfe fehlt auf jeden Fall.“

Tatsächlich ist nach wie vor wenig wirklich Belastbares über die Zusammenhänge von psychischen Leiden, den Zusammenhang mit Suchterkrankungen und Wohnungslosigkeit bekannt.

Blick zurück

Ein Aspekt, der für mich einen neuen Zusammenhang von psychischen Erkrankungen und Wohnungslosigkeit herstellte, ist mir erst durch die Recherche zu heute aufgefallen.

Nach Verabschiedung der Psychiatrie-Enquête 1975 wurde in Deutschland die Zahl der stationären Psychiatriebetten erheblich reduziert. Die damit einhergehende Umverlegung der chronisch Kranken „auf den Bürgersteig“ löste enorme sozialpsychiatrische Aktivitäten in den Gemeinden aus. In den Anfangsjahren dieser Enthospitalisierungsmaßnahmen blieb es zunächst unbemerkt, dass ein Teil der chronisch psychisch Kranken in der Gemeinde nicht Fuß fassen konnte, so dass sie sukzessive in die Wohnungslosigkeit gerieten.

Vielleicht war dies auch eine der Gründe, warum Wissenschaftler wie Fichter 1996 bei Untersuchungen an 146 Männern und 37 Frauen in München feststellte, dass neben Suchterkrankungen auch affektive Störungen, Angststörungen und sogar Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis bei wohnungslosen Menschen gehäuft vorkommen.

Die bekannte Seewolf-Studie, bei der 232 Bewohner*innen von Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe im Großraum München zwischen 2010 und 2012 untersucht und befragt wurden, kam zu einem ähnlichen Ergebnis. Konkret: 93% der Befragten waren in ihrem Leben schon einmal psychisch krank gewesen, 74% davon sogar behandlungsbedürftig. Zum Vergleich:

In der Allgemeinbevölkerung sind es rund 50 bzw. 28%.

Auch was Suchterkrankungen anging, fielen die Seewolf-Teilnehmer*innen auf. Knapp drei Viertel von ihnen waren alkoholabhängig, ein Fünftel rauchte regelmäßig Cannabis und rund 2 Prozent waren abhängig von Opioiden wie Heroin.

Die Studie untersuchte aber nicht nur den Ist-Zustand, sondern auch welches Problem bei den Mehrfacherkrankten das Grundproblem war – und welches erst im Laufe der Jahre dazugekommen ist. Die Annahme war: Psychische Leiden – wie Depression – und Sucht bedingen und verstärken sich gegenseitig.

Tatsächlich war nur bei knapp einem Drittel der Befragten eine Sucht die Hauptdiagnose – bei allen anderen kam sie erst später dazu.

Viele von den Wohnungslosen hatten eine psychiatrische Grunderkrankung und betäubten die Symptome mit Alkohol oder anderen Drogen.

Die Ergebnisse der Seewolf-Studie sind nicht unumstritten. Das Hauptproblem ist, dass sie mehr als die Hälfte ihrer Interviewpartner*innen aus Einrichtungen gewonnen hat, in die man gar nicht ohne psychische Erkrankung oder massive Beeinträchtigungen hineinkommt. Das heißt es ist nicht ungewöhnlich, dass die Anzahl psychisch Erkrankter hoch ist.

Herausforderungen für die Wohnungslosenhilfe

Zunahme an Wohnungslosen

Es gab in 2017 eine deutliche Steigerung der Zahl der Wohnungslosen gegenüber 2016 (+28,9%). 32.286 Personen waren in Nordrhein-Westfalen in 2017 als wohnungslos gemeldet (2016 waren es ca. 25.045 Personen).

Grund für den Anstieg:

Anerkannte Asylbewerber*innen, die wegen des angespannten Wohnungsmarktes zunächst auf dem freien Wohnungsmarkt keine Wohnung finden, müssen von den Kommunen untergebracht werden und verbleiben deshalb oftmals vorübergehend in Flüchtlingsunterkünften oder in Notunterkünften.

Sie werden dann als „ordnungsrechtlich untergebrachte Wohnungslose“ gemeldet.

- ca. 70% der Wohnungslosen sind alleinlebende Männer
- der Anteil der wohnungslosen Haushalte mit Kindern beträgt 12,3% (im Vorjahr 11,5%)

Art der Unterbringung/Unterkunft

Laut Meldung der Kommunen:

Über 90% der wohnungslosen Personen waren in Obdachlosenunterkünften oder sonstigen Unterkünften (z. B. Pensionen) untergebracht, die übrigen 9,5% in Normalwohnungen.

Mit fast 43% waren etwas mehr als zwei Fünftel der wohnungslosen Personen bereits länger als zwei Jahre ordnungsbehördlich untergebracht und knapp 30% für einen Zeitraum zwischen sechs Monaten und zwei Jahren.

Laut Meldung der freien Träger:

37% der gemeldeten wohnungslosen Personen waren bei Bekannten untergekommen (2016=34,9%) – insbesondere für wohnungslose Frauen hat diese Unterbringungsform mit Abstand die größte Bedeutung (43%). Bei den Männern waren es 35,6%. Ohne jegliche Unterkunft, d. h. „auf der Straße“ lebten 8,5% der von freien Trägern betreuten wohnungslosen Personen. Dies traf auf 9% der Männer und 6,5% der Frauen zu.

Regionale Unterschiede

Ergebnisse zur Verbreitung der Wohnungslosigkeit unterhalb der Landesebene zeigen große Unterschiede zwischen kreisfreien Städten und Kreisen auf. Wohnungslosigkeit ist in den (Groß-)Städten stärker verbreitet. Zum einen ist in vielen (Groß-)Städten der Wohnungsmarkt sehr angespannt. Zum anderen dürfte dies aber auch damit zusammenhängen, dass in (Groß-)Städten ein größeres und vielseitigeres Angebot von Hilfseinrichtungen und Unterkunftsmöglichkeiten vorgehalten wird und dieses Angebot auch Personen aus dem Umkreis, die von Wohnungslosigkeit betroffen sind, anzieht.

Zum Stichtag 30. Juni 2017 wurden in den kreisfreien Städten im Durchschnitt 27 Wohnungslose je 10.000 Einwohner gezählt, hingegen in den Kreisen 12 wohnungslose Personen je 10.000 Einwohner.

In den kreisfreien Städten und Kreisen reicht die Spannweite von zwei wohnungslosen Personen je 10.000 Einwohner im Kreis Höxter bis hin zu 80 wohnungslosen Personen je 10.000 Einwohner in der Landeshauptstadt Düsseldorf.

Entwicklung Wohnungsmarkt

Das Wohnungsangebot in NRW ist aktuell sehr unterschiedlich. In Ballungsräumen, Großstädten und vielen Universitätsstädten ist Wohnraum Mangelware, die Mieten explodieren. In einigen ländlichen Regionen stehen Wohnungen leer, Immobilienpreise fallen.

Tendenzen:

- Zahl der Privathaushalte steigt, d. h. immer mehr Ein- oder Zweipersonenhaushalte benötigen entsprechenden Wohnraum.
- Anstieg der Kaltmieten. Haushalte mit niedrigem Einkommen zahlen durchschnittlich 40% des Einkommens für die Bruttokaltmiete. Noch stärker sind die Nebenkosten gestiegen. Größte Preissteigerung: Haushaltsenergien.
- Gleichzeitig: Zunahme von Bezieher*innen von Transferbezug, atypischer Beschäftigung und Niedriglohn.
- Viele Mieter*innen können die Kosten nicht mehr tragen, erst kommt es zu Energiesperren und dann gegebenenfalls zu Räumungen.
- Besonders betroffen: Menschen mit niedrigem Einkommen, Alleinerziehende, Familien mit mehreren Kindern, Menschen mit Migrationshintergrund und nicht zu vergessen: wohnungslose Menschen.
- Des Weiteren kommt hinzu, dass der Bestand an Sozialwohnungen in den letzten Jahren deutlich gesunken ist.

Zur Schaffung von mehr bezahlbarem Wohnraum hat die Landesregierung erstmalig ein fünfjähriges Wohnraumförderungsprogramm aufgelegt und aktuell das Programm um 1,5 Mrd. Euro auf 5,5 Mrd. Euro erhöht.

Solange es jedoch diese Schieflage am Wohnungsmarkt gibt, werden Wohnungslose nur schwer eine neue Wohnung finden. Genauso geht es auch Häftlingen, Menschen, die stationär untergebracht sind, Frauen in Frauenhäusern.

Weitere Ausdifferenzierung wohnungsloser Menschen

Das Spektrum wohnungsloser Menschen hat sich in den letzten Jahrzehnten sukzessive weiter ausdifferenziert.

Ich gehe im Folgenden nur auf einige dieser Gruppen ein.

Die Themen Zuwanderung aus Südosteuropa, Roma, Flüchtlinge lasse ich hier aus Zeitgründen außen vor, aber auch diese Gruppen stellen neue Herausforderungen für die Wohnungslosenhilfe dar. Auch im Kontext Suchtprobleme.

60 bis 80% des „klassischen (männlichen) Klientels“ im Alter zwischen 45 und 55 Jahren hat Alkoholprobleme.

Jugendliche und junge Erwachsene, die auf der Straße leben, befinden sich in einer besonders brisanten Situation:

Ihre Straßenexistenz geht in der Mehrzahl der Fälle mit einem intensiven Gebrauch legaler und nicht legaler Suchtmittel einher.

Ihnen fehlt häufiger als Erwachsenen eine Problem- oder Krankheitseinsicht. Der so genannte „Verschiebebahnhof“ zwischen SGB VIII, SGB II und SGB XII bringt besondere Probleme für diese Zielgruppe mit sich. Die oftmals vorhandene, auch manchmal unterstellte „mangelnde Mitwirkungsbereitschaft“ führt oftmals nicht zu weitergehenden Hilfen und im schlimmsten Fall zu Sanktionen.

Wohnungslose Frauen und Männer zeigen häufig ein unterschiedliches Suchtverhalten. Frauen leben ihre Sucht häufiger heimlich aus, sie konsumieren häufiger alleine oder gehen – sofern vorhanden – ihrer Sucht in den eigenen vier Wänden nach. Viele Frauen leben als so genannte „funktionierende Abhängige“, die über viele Jahre hinweg sozial unauffällig bleiben.

Das heißt, es ist schwieriger ihre Not zu erkennen. Sie benötigen eine andere Ansprache, andere Hilfsangebote.

Eine nicht neue, aber auf neue Weise beachtete Zielgruppe sind alt gewordene wohnungslose Menschen. Bei ihnen wird die Wohnungslosenhilfe in stärkerer Weise als bislang mit chronifizierten Formen einer Suchtmittelabhängigkeit im Alter konfrontiert.

Fazit

Über den Gesundheitszustand der wohnungslosen Menschen in NRW haben wir keine empirischen Erkenntnisse, aber es ist offensichtlich:

Dass wohnungslose Menschen aufgrund von häufig bestehenden Vorerkrankungen und ihren teilweise extremen Lebensbedingungen in besonderer Weise gesundheitlich belastet sind.

Zu den besonderen Problemen zählen u. a. klimabedingte jahreszeitliche Belastungen, Gewalterfahrungen oder hygienische Bedingungen. Darüber hinaus bestehen gesundheitliche Risiken durch Sucht, falsche Ernährung und durch spezifische Belastungen wie Ängste, Isolation/Einsamkeit und Diskriminierungserfahrungen.

Wohnungslose sind häufiger von Unfällen und Verletzungen, Verschleißerkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates und schweren (inneren) Erkrankungen der Atemwege, des Verdauungstraktes, des Herz- Kreislaufsystems und von schlechter Zahngesundheit betroffen. Zwei von drei Wohnungslosen, die Hilfen aufsuchen, sind mehrfach chronisch krank.

Wohnungslose Menschen sind auch häufiger von psychischen Beeinträchtigungen oder Erkrankungen betroffen als die Gesamtbevölkerung.

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.

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.

Von Seiten der medizinischen Versorgungsforschung werden vor diesem Hintergrund Defizite in der psychiatrischen Versorgung konstatiert. Es ist bislang nicht gelungen psychisch kranke Wohnungslose in das gesellschaftliche Leben zu integrieren.

Dazu trägt auch der eingeschränkte Zugang der wohnungslosen Menschen zur medizinischen Versorgung bei, da ihre Lebensverhältnisse und das bestehende System der gesundheitlichen Versorgung nicht miteinander kompatibel sind. Insbesondere Ängste vor den Institutionen oder Stigmatisierung, aber auch Schamgefühl erschweren die Inanspruchnahme sowohl ehrenamtlicher als auch regulärer Versorgungsangebote.

Weitere wichtige Hürden liegen in der zum Teil fehlenden Krankenversicherung, im fehlenden Krankenversicherungsnachweis oder in den erforderlichen Zuzahlungen.

Drogenkonsum, Lebensperspektive und Wohnraum - Erfahrungen aus der klinischen Praxis

„When the welfare turns its back on you“ (Albert Collins)

Dr. med. Thomas Kuhlmann

Einstieg in den Ausstieg

Aufgabe und Ziel des Drogenhilfesystems ist die Unterstützung von Drogenkonsumierenden im Sinne der „Hilfe zur Selbsthilfe“ mit dem Ziel, Ausgrenzung vorzubeugen und umfassende Teilhabe zu ermöglichen. Da abhängiger Konsum von psychotropen Substanzen potenziell alle Lebensbereiche umfasst, hat sich die erforderliche Hilfe daran zu orientieren: An Unterstützung in sozialer, allgemeinmedizinischer und psychiatrisch-psychotherapeutischer Hinsicht.

Entscheidend ist der Unterstützungsbedarf. Den konkret festzustellen setzt Kontakt zum Hilfesystem oder - anders ausgedrückt - Kontakt zu den unterstützungsbedürftigen Drogenkonsumierenden voraus. Und dieser Kontakt ist heterogen, phasenweise lückenhaft und in etlichen Fällen auch besorgniserregend instabil.

Das zeigt sich in besonderer Weise in Behandlungsangeboten der qualifizierten Akutbehandlung für Drogenabhängige. Diese ist konzeptionell offen für alle Zielgruppen von Drogenkonsumierenden und intensiv vernetzt mit allen Hilfsangeboten - von der Überlebenshilfe bis hin zur ambulanten und medizinischen Rehabilitation - mit dem Ziel keine Untergruppe von Drogenkonsumierenden auszugrenzen.

- Wer braucht die qualifizierte Akutbehandlung für Drogenabhängige?
- Welche unterschiedlichen Gruppen von Drogenkonsumierenden sind dort anzutreffen?

Antwort: Potenziell alle, z. B. junge (18-jährige oder noch jüngere) und alte Drogenkonsumierenden (bisweilen über 65, manchmal auch über 70 Jahre).

- Mit oder ohne Substitutionsbehandlung
- Mit oder ohne abgeschlossener Berufsausbildung
- Mit oder ohne jeglicher - oder zumindest szeneferner - Sozialkontakte, aber auch
- Arbeitslose mit oder ohne Wohnung
- Klient*innen mit ausgeprägter somatischer Comorbidität (HIV, HCV, Herzinsuffizienz, Niereninsuffizienz, Polyneuropathie etc.), psychiatrischer Comorbidität (drogeninduzierte oder schizophrene Psychosen, Borderline-Syndrom, Depression, Traumata etc.)
- Darüber hinaus auch Eltern mit und ohne Sorgerecht, Alleinerziehende (das betrifft fast immer Frauen)
- und - im Land des sogenannten Exportweltmeisters nicht überraschend - Flüchtlinge und Migrant*innen. Diese Menschen kommen aus sehr vielfältigen Lebenssituationen mit unterschiedlichen Hintergründen, unterschiedlichen Ressourcen und Bedarfen.

Der grundsätzliche Behandlungsauftrag ist jedoch für alle der gleiche, nämlich der Kernauftrag von qualifizierter Akutbehandlung:

- Entzugsbehandlung *plus*
- Motivationsstärkung *plus*
- die Erarbeitung einer konkreten Anschlusslösung (ASL) für alle Betroffenen. Diese muss sinnvoll sein, konkret und wenn irgendwie möglich nahtlos verfügbar, denn eine Entlassung aus der Behandlung ohne nahtlos verfügbare Anschlusslösung bedeutet in der Regel Rückkehr in das alte Umfeld ohne Unterstützung mit dem hohen Risiko des Rückfalls.

QA: *Behandlungskonzept und -auftrag*

- Entzugsbehandlung
 - plus
- Motivationsstärkung
 - plus
- konkrete Anschlusslösung (ASL)
 - ⇒ Für alle Betroffenen:
 - Sinnvoll, konkret, möglichst nahtlos verfügbar

- Wohnraum
- Tagesstruktur
- Sozialkontakte

⇒ Elementar für Selbstachtung,
Wertschätzung und Respekt

8

Welches Spektrum umfassen die Anschlusslösungen?

Ein möglichst umfassendes, nämlich

- Vermittlung an die Drogenberatungsstelle
- Substitutionsbehandlung
- Medizinische Rehabilitation (Langzeittherapie)
- Notschlafstelle
- Diamorphinprogramm
- Soziotherapeutisches Wohnheim
- Clean-WG
- Selbsthilfegruppe u. a.

Hinsichtlich der weiteren Unterstützung der Patient*innen nach Entlassung, klinikinternen Anschlusslösung (ASL) genannt, stehen stets drei Kernpunkte positiver Lebensperspektive im Zentrum aller Überlegungen:

- Wohnraum
- Tagesstruktur und
- Sozialkontakte

Diese Trias ist elementar für die Selbstachtung jedes Menschen, für die erlebte und reale Wertschätzung und Respekt durch die Gesellschaft. Es ist ein Unterschied, ob ein Betroffener als wohnungslos wahrgenommen wird oder nicht, ob er aufwacht und seine Aufgabe bzw. Verpflichtung, einer bestimmten Tätigkeit nachzugehen wahrnimmt, dadurch am Lebensrhythmus der Erwerbstätigen teilzuhaben und in diesem Rahmen soziale Kontakte zu finden, oder ob Sozialkontakte und/oder Tagesstruktur fehlen.

Wenn kein gesicherter Wohnraum verfügbar ist, ist es noch wesentlich schwieriger, überhaupt eine sinnvolle Tagesstruktur und damit verbunden stabilisierende Sozialkontakte zu finden.

Dazu ein Fallbeispiel:

38-jähriger Mann, langjährig drogenabhängig mit polyvalentem Konsum, aktuell durch Substitution im Kontakt mit dem Hilfesystem. Der Wohnraum befindet sich in einem sozialen Brennpunkt, weitere Tagesstruktur ist nicht gegeben, bei Aufnahme in der Klinik Mischintoxikation bei 4,3 Promille.

Was ist das Behandlungsziel? Vor allem die Überlebenssicherung (oft in ihrer Relevanz unterschätzt und niemals irrelevant), darüber hinaus die Durchführung der Entzugsbehandlung ohne Komplikationen und bei erfolgreichem Verlauf zunehmende Erarbeitung einer stabilisierenden Tagesstruktur bereits während der Behandlung mit dem Ziel, darüber stabilisierende Sozialkontakte zu finden und anderer Wohnraum.

Wenn Patient*innen berichten, dass in dem Mietshaus, in dem sie wohnen, auf jeder Etage nahezu jedes Suchtmittel verfügbar ist, dann ist nicht zu erwarten, dass eben diese Patient*innen nach Entlassung aus dem Drogenentzug unter den gleichen Wohnbedingungen längerfristig stabil bleiben ohne erneuten Konsum mit den entsprechenden Folgen.

Fallbeispiel:

- 38 jähriger Mann, langjährig drogenabhängig mit polyvalentem Konsum
 - Kontakt zum Hilfesystem durch Substitution, Wohnraum in sozialem Brennpunkt
 - keine weitere Tagesstruktur, bei Aufnahme mischintoxikiert bei 4,3 Promille

Behandlungsziel:

- Überleben
- Entzugsbehandlung ohne Komplikationen
- Tagesstruktur und
- stabilisierende Sozialkontakte
- anderer Wohnraum

Wie sieht die Patientenperspektive in diesem Fall aus?

Medizinische Rehabilitation zumindest noch nicht vorstellbar, im angestrebten Soziotherapeutischen Wohnheim ist auf absehbarer Zeit kein freier Platz (einige Wohnheime führen Wartelisten von bis zu einem Jahr, andere verzichten aufgrund des extrem langen Zeitraums völlig auf Wartelisten), die bisherige Wohnung ist zugleich auch Konsumraum und wird deshalb vom Patienten als inakzeptabel wahrgenommen.

Falls aber im Rahmen der qualifizierten Akutbehandlung keine andere Wohnung gefunden und vermittelt werden kann bedeutet das: Zurück ins alte Umfeld. Bei dieser Perspektive klingt der Refrain aus dem Song von Golden Earring geradezu zynisch „It's always good to be back home“.

Eine Tagesstruktur mit dem Ziel der Integration und umfassenden Teilhabe:

Auch ohne Wohnraum?

Überlebenssicherung durch alltagsnahe Hilfen (harm reduction)

Überleben zu sichern ist stets und unter allen Umständen das vorrangige Behandlungsziel in der qualifizierten Akutbehandlung. Aber auch in anderen Settings treten diese Notfallsituationen immer wieder auf, z. B. nach Überdosis und erfordern nach Überwinden der unmittelbar lebensbedrohlichen Situation stets die unmittelbare und direkte aktive Kooperation der Patient*innen. Das erfordert möglichst stabile Kontakte zum Hilfesystem.

Zu 2. Überlebenssicherung durch alltagsnahe Hilfen (harm reduction)

- Überleben sichern (z. B. nach Überdosis) und in AKTIVER Kooperation
 - MIT dem Patienten: Stabile Kontakte zum Hilfesystem

Ein Fallbeispiel:

Eine junge Frau, 23 Jahre, in der 28.SSW, EU-Bürgerin, lebt seit 5 Jahren in Deutschland, ist allerdings erst seit einem Jahr gemeldet. Sie ist ohne festen Wohnsitz, drogenabhängig.

Behandlungsziel: Vorrangig das Überleben zu sichern für Mutter und Kind und darüber hinaus ihre soweit möglich umfassende Integration in das Hilfesystem bei komplexem Hilfebedarf ihrerseits bzgl. Schwangerschaft, potentielle Mutter-Kind Betreuung, Drogenberatung, Erarbeitung von Wohnraum. Und das alles bei fehlendem Anspruch auf Sozialleistungen (da erst seit einem Jahr gemeldet) und fehlenden stabilen Sozialkontakten.

Die erforderliche elementare Stabilisierung (biopsychosozial) erfordert unsererseits und seitens der Betroffenen aktive und kontinuierliche Kontakte zum Hilfesystem, z. B. bzgl. der somatischen Behandlung (Abklärung des Behandlungsbedarf z. B. in Bezug auf HIV, Hepatitis C, z. B. Niereninsuffizienz, STD, also Geschlechtskrankheiten) sowie suchtpsychiatrisch (bei polyvalentem Drogenkonsum, psychotischen Symptomen im Rahmen der Entzugsbehandlung, Abklärung eines etwaigen Borderline-Syndroms) und sinnvolle konkrete Perspektiven statt der seit Jahren erlebten Ausgrenzung.

In der Kooperation innerhalb des Hilfesystems erleben wir immer wieder enorme Kooperationsbereitschaft aller beteiligten Institutionen und Behörden und zugleich einen besorgniserregenden Mangel an konkret verfügbarer Unterstützung bzgl. Wohnraum und alltagsnaher Betreuung.

Damit steigt erneut das Risiko der Ausgrenzung auch dieser betroffenen Frau, das ist bedrohlich für die Klientin und auch die Allgemeinbevölkerung.

➤ Ausgrenzung bedroht die Klienten und auch Allgemeinbevölkerung
(z. B. Straßenprostitution etc. nicht betreuter drogenabhängiger Frauen + Männer mit chronischen infektiösen Erkrankungen, v. a. lebensstilbedingt)

⇒ Mobiler Medizinischer Dienst: **Unverzichtbar!**

Das in der öffentlichen Wahrnehmung weitgehend verdrängte Thema der Straßenprostitution und der Lebenssituation der betroffenen, zum Teil auch jugendlichen, nicht betreuten Drogenkonsument*innen aber auch -konsumenten mit zunehmend chronischen infektiösen Erkrankungen aufgrund ihres Lebensstils betrifft auch deren Kunden. Und die kommen aus allen gesellschaftlichen Schichten. Auch an dieser Stelle kann der wertvolle Beitrag des Medizinischen Mobilen Dienstes nicht hoch genug gelobt werden.

Allerdings kann auch der Medizinische Mobile Dienst nur aktuell und unmittelbar helfen, eine erfolgreiche Veränderung eines solchen Lebensstils erfordert eine reale Perspektive und die Bedarf auch des Wohnraums.

Veränderung des Lebensstils

Behandlungsziel ist stets die umfassende Stabilisierung des Patienten, die soweit möglich, Überwindung akuter Erkrankungen und Störungen sowie Linderung chronischer Gesundheitsprobleme. Eine Veränderung des Lebensstils bedarf allerdings grundsätzlich der umfassenden Mitarbeit des Patienten, um dessen Lebensstil es schließlich geht. Das bedeutet, dessen Perspektive ist zu berücksichtigen, also

- die eigenen positiven und realisierbaren Ziele aus Sicht des Patienten mit dem Ziel der Verbesserung der eigenen Lebensqualität und
- soziale Kontakte möglichst auch außerhalb der Drogenszene und ohne Vereinsamung und
- eine Tagesstruktur: Konkret, sinnvoll und optional mit stabilisierenden Sozialkontakten.

Zu 3. **Veränderung des Lebensstils**

➤ **Ziele: Grundsätzlich**

➤ **eigene positive und realisierbare Ziele** (mit Verbesserung der eigenen Lebensqualität)

und

➤ **Kontakte** außerhalb der Drogenszene: Und **ohne Vereinsamung:**

und

➤ **Tagesstruktur:** Konkret, sinnvoll + optional mit Sozialkontakten: Auch ohne Wohnraum?

Und wie soll das erreicht werden ohne Wohnraum? Dazu ein Fallbeispiel:

Ein 41-jähriger Mann, langjährig drogenabhängig mit phasenweise Monokonsum, phasenweise polyvalentem Konsum, ist aktuell in Substitution, will diese beenden. Lebt mit drogenkonsumierender Partnerin zusammen, abgeschlossene Ausbildung, ist seit 5 Jahren arbeitslos.

Er will diese Beziehung und den Drogenkonsum beenden und in die gemeinsame Wohnung nicht mehr zurückkehren.

Fallbeispiel:

- 41 jähriger Mann, langjährig drogenabhängig mit phasenweise polyvalentem Konsum, will Substitution beenden, lebt mit drogenkonsumierender Partnerin zusammen, abgeschlossene Ausbildung, seit 5 Jahren arbeitslos, will Beziehung und Drogenkonsum beenden, keine Rückkehr in die Wohnung

Behandlungsziele (QA / QE):

- Entzugsbehandlung inkl. Komplettabdosierung
- ASL mit Tagesstruktur
- Wohnraum und Teilhabeperspektive

➤ Med. Reha?

- Ambulante Antragstellung ohne Wohnraum und stabile Kontakte?
- Oder nahtlos? Falls keine Leistungszusage oder kein freier Rehaplatz: Wie weiter nach der QA?
- Aufsuchende Unterstützung durch Hilfesystem unverzichtbar und zunehmend relevant (z. B. in Köln: Streetworker, Mobiler Med. Dienst)

Behandlungsziel (im Rahmen von QA bzw. QE):

- Entzugsbehandlung einschließlich Komplettabdosierung des Substitutionsmittels
- anschließend eine sinnvolle Tagesstruktur
- sowie anderen Wohnraum mit der Chance außerhalb der Drogenszene

Welche Anschlusslösungen sind anzustreben?

Medizinische Rehabilitation? Falls ja, ist eine ambulante Antragsstellung ohne Wohnraum und stabile soziale Kontakte eine sinnvolle Perspektive im Anschluss an die qualifizierte Akutbehandlung?

Oder besser direkt Nahtlosvermittlung in die medizinische Rehabilitation (falls es keine Leistungszusage gibt oder keinen freien Rehaplatz - aktuell ein massives Problem infolge des Wegfalls von über 100 Drogen-Rehabetten allein in Nordrhein in den letzten zwei Jahren)?

Wie geht es dann weiter nach der qualifizierten Akutbehandlung? In diesen und vergleichbaren Fällen ist die aufsuchende Unterstützung durch das Hilfesystem zunehmend relevant und längst unverzichtbar. Das betrifft seitens der Helfer insbesondere die Streetworker und den Mobilen Medizinischen Dienst.

Ein weiteres Fallbeispiel (bezüglich der medizinischen Rehabilitation):

33-jähriger Mann, seit 14 Jahren opioidabhängig, phasenweise auch polyvalent konsumierend, befindet sich aktuell in der letzten Phase der medizinischen Rehabilitation, der Adaption, und leistet ein Betriebspraktikum ab. Dies verläuft erfolgreich, der Praktikumsgeber thematisiert die konkrete Option, im Anschluss an die Adaption im Rahmen eines 1,- Jobs weiter im Betrieb tätig zu sein bis zu Beginn der nächsten Berufsausbildung im gleichen Betrieb.

Die alte Wohnung ist nicht mehr verfügbar, da durch den Vermieter gekündigt. Ein Wohnheimplatz ist auf absehbare Zeit nicht vorhanden, eine Einzelwohnung nicht bezahlbar und damit real auch nicht verfügbar.

Was bedeutet das für die weitere Perspektive? Ein 1,-Job ohne Wohnung?

Fazit

Teilhabe ohne Wohnraum – die Quadratur des Kreises.

Das grundsätzliche Ziel aller Institutionen des hoch differenzierten und vernetzten Drogenhilfesystems ist die Überlebenssicherung und die Veränderung des drogenorientierten Lebensstils in Richtung mehr Teilhabe, mehr Lebensqualität, mehr Lebensfreude. All das bedarf aktiver Kooperation seitens des Patienten, denn Veränderung ist nur mit ihm möglich, NICHT ohne oder gegen ihn!



Das bedeutet also die Veränderung des Lebensstils muss den persönlichen Zielen des Patienten entsprechen. Denn die stärksten Motivationsfaktoren überhaupt sind unsere eigenen Ziele, sofern diese konkret und realisierbar sind. Das erfordert den Aufbau bzw. den Erhalt von Tagesstruktur und in der Regel damit verbunden stabilisierenden Sozialkontakten möglichst nicht scene- bzw. konsumgeprägt.

Zu 4. Fazit: Teilhabe ohne Wohnraum – die Quadratur des Kreises

- Veränderung drogenorientierten Lebensstils bedarf **AKTIVER** Kooperation seitens des Patienten, d. h.
 - Veränderung: Nur **MIT ihm**, NICHT ohne oder gegen ihn!

Voraussetzung: Die Veränderung des Lebensstils entspricht dem Kernziel des Patienten!
- Stärkster Motivationsfaktor: **Eigene Ziele** (sofern konkret und realisierbar)

Aber selbst wenn diese scene- oder konsumgeprägt sind, ist dies häufig dem völligen Abbruch aller Sozialkontakte vorzuziehen; etliche lebensbedrohlich mischintoxikierte Patienten sind von anderen selbst intoxikierten Patienten als Notaufnahme in die Klinik gebracht worden! Diese Tagesstruktur und Sozialkontakte zu erreichen erfordert Unterstützung und Betreuung. Denn die Veränderung des Lebensstils bedeutet Abschied vom bisherigen Lebensrhythmus, Abschied vom bisherigen Stil des miteinander Umgehens, sich einlassen auf neue Aufgaben, neue Herausforderungen, neue Kontakte.

Das erfordert Pünktlichkeit, das Erarbeiten eines konstruktiven Umgangs mit Kritik und auch Selbstkritik, und das berührt stets die hochsensiblen Themen Scham und Vertrauen.

Aufgrund ihrer Lebensgeschichte haben Drogenkonsumierende sehr häufig bittere Erfahrungen gemacht bezüglich Missachtung ihrer eigenen Grenzen, eigener Handlungen, die sie rückblickend mit Scham erfüllen und immer wieder Enttäuschung bzgl. Vertrauensvorschuss anderen gegenüber. Vor allem aber sich selbst gegenüber.

Um den Ausstieg aus jahre- zum Teil auch jahrzehntelangen Leben innerhalb der Drogenszene zu bewältigen, ist deshalb der Kontakt zum Hilfesystem bedeutsam: Zur Unterstützung als Rückendeckung, um Phasen von Instabilität, Selbstzweifeln, erlebter Ablehnung, Über- oder Unterforderung zu bewältigen.

Dieses Herauswachsen aus der Drogenszene setzt jedoch Wohnraum voraus. Und der Bedarf an Wohnraum steigt für alle Zielgruppen.

- Für Betroffene mit Multimorbidität (somatisch und psychiatrisch)
- Wohnraum mit Betreuungsmöglichkeit, in der Regel in Soziotherapeutischen Wohnheimen
- Und / oder für Betroffene in besonderen Lebenslagen (beispielsweise schwangere und alleinerziehende Frauen, Flüchtlinge oder auch Migrant*innen insbesondere bei fehlenden Sozialkontakten, Wohnraumbedarf
- in Bezug auf Einzelwohnungen mit Unterstützung durch aufsuchendes BeWo oder
- auch Einzelwohnung ohne BeWo-Bedarf.

Der erfolgreiche Abschluss der qualifizierten Akutbehandlung, aber auch der medizinischen Rehabilitation ohne gesicherten Wohnraum und damit ohne ein entscheidendes Fundament jeder konkreten stabilisierenden Perspektive ist eine reale und zunehmende Herausforderung im klinischen Alltag!

Das ist u. a. ein Ergebnis des Erfolgs der Weiterentwicklung der Hilfsangebote. Denn die Überlebenschancen der Drogenkonsumierenden haben sich erfreulicherweise deutlich verbessert.

- Auch für die Zielgruppe CMA (chronisch mehrfach geschädigt abhängigkeitskrank) mit ausgeprägter Multimorbidität (psychiatrisch und somatisch) bei
- fehlenden sozialen Ressourcen, da in der Regel weitgehend vereinsamt plus
- Zunahme venerischer Co-Infektionen (Lues, Gonorrhö etc.) plus
- einem infolge instabiler Anbindung an das Hilfesystem steigendem Risiko multiresistenter Erreger

Diese Entwicklung, die unzureichende Integration, Betreuung und Behandlung chronisch mehrfach geschädigter Betroffener mit hochkomplexen Problemlagen ist ein enormer Risikofaktor für die Integration der Betroffenen und auch für die Gesundheit der Allgemeinbevölkerung.

Der Bedarf an Unterstützung steigt weiter wesentlich auch dank verbesserter Überlebenschancen. Und damit insbesondere die Sicherung von Wohnraum - zunehmend ein vorrangiges Behandlungsziel das nicht nur, aber besonders Menschen mit eingeschränkten Ressourcen und großem Unterstützungsbedarf betrifft.

Diese Betroffenen zu unterstützen, Teilhabe zu erreichen und Ausgrenzung zu verhindern schafft keiner von uns allein. Das erfordert unsere Kooperation im Hilfesystem, also ein Miteinander statt Abgrenzung gegeneinander. Und eindeutige und nachhaltige politische Unterstützung.

Literatur:

- Harm-Reduction und niederschwellige Drogenhilfe in NRW - über die Anforderung an eine qualifizierte stationäre Akutbehandlung Drogenabhängiger; Kuhlmann, Th.; Hasse, H.E.; Sawalies, D.; SUCHT 1, S.50-56, Geesthacht: Neuland-Verlagsgesellschaft mbH; 1994
- Harm reduction - zum Paradigmenwechsel in der Drogenarbeit; Kuhlmann, Th.; PSYCHIATRISCHE PRAXIS Heft 4, S. 157-160, Stuttgart-New York: Georg-Thieme-Verlag
- Medizinische Grundversorgung Wohnungsloser und Abhängigkeitskranker - Der mobile medizinische Dienst des Kölner Gesundheitsamtes; Müller, A.: Vortrag PSK Bergisch Gladbach, 13. November 2013
- Wenn es keine Wohnungen mehr gibt... - Einrichtungen der Eingliederungshilfe als Vermieter und Mieter; Fachtagung Frankfurt/Main 8. November 2017
- Sucht und Wohnungslosigkeit; Rasch, Th.; 57. Fachtagung d. Deutschen Hauptstelle für Suchtgefahren e. V.; Essen 09. - 10. Oktober 2017
- Handbuch der Hilfen in Wohnungsnotfällen - Entwicklung lokaler Hilfesysteme und lebenslangbezogener Hilfeansätze; Specht, Th., Rosenke, W., Jordan, R., Giffhorn, B.; BAG Wohnungslosenhilfe e. V. (Hrsg.) 2017 Berlin-Düsseldorf
- Wohnraum verzweifelt gesucht; Kreikebaum, U; KstA 11.01.2019, S. 27

Arbeitsgruppe 1

Niedrigschwellige Hilfen und Qualifizierte Akutbehandlung

Claudia Holzknecht und Uwe Horwat

Eingangs erfolgte eine kurze Vorstellungsrunde der Teilnehmenden sowie der Moderatoren, die ihren beruflichen Bezug zum Thema darstellten.

In der anschließenden Diskussion wurden folgende Fragestellungen vertieft:

- Wie wird das Thema von den Teilnehmenden in ihrer beruflichen Praxis erlebt?
- Wo liegen die wesentlichen Probleme?
- Welche Maßnahmen sind hilfreich?

In der Arbeitsgruppe wurde das erhebliche Risiko, bei Drogenabhängigkeit die eigene Wohnung zu verlieren und in die Obdachlosigkeit abzurutschen, betont.

Insbesondere in den Großstädten und Ballungsgebieten kommt dazu, dass es extrem schwierig ist, für Menschen, die an einer sucht- oder/und psychischen Erkrankung leiden und obdachlos sind, eine neue Wohnung zu finden.

Die Arbeit mit Drogenabhängigen und insbesondere die Motivation zur Annahme weiterführender Hilfen sind außerordentlich schwierig, wenn die eigene Wohnung fehlt.

Hinzu kommt die vielerorts unzureichenden Angebote in der Grundversorgung für Suchtkranke insbesondere im Bereich der Beratungsstellenarbeit, der niedrigschwelligen Hilfen und der Kooperation zwischen Suchthilfe und Wohnungslosenhilfe. Hier fehlt es häufig an bedarfsgerechter finanzieller und personeller Ausstattung der Hilfesysteme.

In der Arbeitsgruppe wurden aber auch Beispiele guter Konzepte und Kooperationen aus einigen Regionen beschrieben.

Abschließend wurde folgendes Fazit gezogen:

Die Grundvoraussetzung für alle weiterführenden Hilfen (von der Überlebenshilfe bis zur medizinischen Rehabilitation) stellt der eigene Wohnraum dar.

Es werden dringend Präventionskonzepte zur Sicherung bestehenden Wohnraums benötigt und es muss mehr für den Erhalt und die Beschaffung von bezahlbarem Wohnraum getan werden. Hier ist auch eine Zusammenarbeit mit der Wohnungswirtschaft erforderlich.

Die Kooperation zwischen den Helfefeldern der Sucht- und Wohnungslosenhilfe sind zu intensivieren. Die niedrigschwellige und aufsuchende Hilfe kann wesentlich zur Stabilisierung beitragen und ist sicherzustellen.

Politik, Verwaltung, Leistungsträger und Leistungserbringer müssen sich für die Belange und Bedarfe der Betroffenen einsetzen. Land und Kommunen haben gemeinsam für eine bedarfsgerechte Suchthilfeplanung Sorge zu tragen.

Arbeitsgruppe 2

Ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen und Qualifizierte Akutbehandlung

Dr. Antje Niedersteberg und Dominik Neugebauer

Die Arbeitsgruppe 2 beschäftigte sich mit den folgenden Aspekten:

- Welchen Stellenwert nimmt das Thema Wohnraum in den ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen sowie bei der qualifizierten Akutbehandlung ein?
- Welche (erfolgreichen) Strategien werden vor Ort bereits eingesetzt?
- Wo stoßen die Fachleute an Grenzen?
- Welche Forderungen sollten gestellt werden?

Eine Umfrage unter den Patienten*innen der LVR-Klinik Düren (n=37) ergab, dass 15 Personen schon mindestens einmal im Leben ohne festen Wohnsitz waren. Der größte Teil verneinte die Frage nach ausreichender Unterstützung um Wohnraum zu finden. 7 Personen gaben an, aktuell ohne eine Wohnung zu sein.

12% der beratenen Klienten*innen der Caritas Drogenberatungsstelle Paderborn gaben 2018 an sich bei Beratungsbeginn in einem prekären Wohnverhältnis zu befinden. Dazu passt die Beurteilung der Wohnungsmarktexterten in Paderborn, die das Segment der Mietwohnungen im unteren und öffentlich geförderten Bereich als „sehr angespannt“ beurteilten.

Die dargestellten regionalen Ergebnisse (Düren und Paderborn) wurden von den Teilnehmenden der Arbeitsgruppe auch für die dort repräsentierten Regionen bestätigt.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Thematik „Wohnraum“ einen nicht unerheblichen Stellenwert in Kliniken der qualifizierten Akutbehandlung als auch in den ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen einnimmt.

Durch die heterogene Zusammensetzung der Arbeitsgruppe konnten unterschiedliche „Best-Practice-Beispiele“ aber auch allgemeine Ideen diskutiert werden.

In vielen Regionen ist das Ambulant Betreute Wohnen eine gute Schnittstelle in der Vermittlung zwischen Vermieter*innen und Mieter*innen (Klient*innen) um vorhandenen Wohnraum zu erhalten. Kontrovers besprochen wurde die Frage, ob es hilfreich sei das Betreuungsverhältnis bei der Wohnungssuche mit dem Vermieter offen zu kommunizieren.

Im Rahmen der ambulanten Beratungsstellen scheint das Case-Management, also die intensive Begleitung und Schnittstellenarbeit, ein erfolgreiches Unterstützungsinstrument im Kontakt mit Klient*innen zu sein, vor allem in Bezug auf die Thematik „Wohnraum“.

In einigen Regionen wurden Anreize für Vermieter*innen gesetzt (Sanierungszuschüsse), die neue Sozialwohnungen schafften oder erhielten.

Grundsätzlich ist die lokale Vernetzung ein weiteres erfolgversprechendes Modell. In einer Region schaffte die Vernetzung mit dem örtlichen Mietverein zusätzlichen Wohnraum und ein positives Klima im Sozialraum. Die Kontaktabahnung mit „Haus und Grund“ gelang hingegen in nur wenigen Kommunen. Ein gutes Argument in diesem Zusammenhang war der Hinweis auf die hohen Räumungskosten im Vergleich zu einer sozialpädagogischen Beratung und Begleitung des/der Mieter*in mit dem Ziel das Mietverhältnis zu erhalten.

Eine Beratungsstelle nutzte die kirchlichen Strukturen vor Ort, um in Gottesdiensten auf die Thematik aufmerksam zu machen und potentielle Vermieter*innen direkt anzusprechen.

Als wenig erfolgreich stellte sich hingegen die konkrete Nachfrage in Gemeinden zur Nutzung von leerstehenden Pfarrhäusern heraus.

Eine Teilnehmerin stellte ein australisches Modell vor: „Flat-Inspektoren“ als Kontrolleure und Koordinatoren bezüglich Wohnungen und bei Patienten, die zum Beispiel „messiahaft“ Dinge sammeln oder im Kontakt schwierig sind. Hier steht die Frühintervention im Vordergrund, um Wohnprobleme möglichst schnell zu erkennen. Es wurde nachgefragt, wo diese Inspektoren verortet sind und wie die Finanzierung aussieht. Sehr kritisch gesehen wurde die Kontrollfunktion, die gegensätzlich zum Vorgehen des betreuten Wohnens sei, wo auf Vertrauensbasis und auf Freiwilligkeit der Klient*innen gesetzt wird.

Beim Entlassmanagement der Kliniken wird gesetzlich gefordert, dass das Entlassmanagement möglichst durchgeführt wird. Es kann aber nicht umgesetzt werden, wenn der/die Patient*in wohnungslos ist.

Ein Teilnehmer berichtet, dass es zunehmend mehr junge, mehrfach erkrankte (z. B. psychosekranke) Patient*innen gäbe, die nicht wohnfähig seien.

Bemängelt wurden die langen Bearbeitungszeiten in einigen Jobcentern. Das führe dazu, dass gefundener Wohnraum auf Grund einer fehlenden Bewilligung nicht bezogen werden kann. Berichtet wird, dass eine negative Schufa-Auskunft in vielen Fällen ein sofortiges „KO-Kriterium“ sei.

Die Teilnehmenden waren sich grundsätzlich darüber einig, dass auf politischer Ebene andere Weichen gestellt werden sollten und der Städte- tag entsprechend eingebunden werden muss.

Beispielhaft wurde eine (Auf-)Klärungsstelle für Vermieter gefordert, die Wohnraum an psychisch kranke / suchtkranke Menschen vermieten wollen und dabei unsicher bei der Vermietung an diese Zielgruppe sind. Diese Stelle könnte die Vermieter einbinden und Ansprechpartner bei auftretenden Problemen mit psychisch/suchtkranken Mietern benennen.

Wenn kein Wohnraum zur Verfügung steht, bleibt häufig nur die Notschlafstelle. Die Zustände in einigen Notschlafstellen wurden von den Teilnehmern*innen als katastrophal beschrieben. Hier wurde eine Mindestanforderung an die Ausstattung als Forderung benannt.

Die Trägervertreter sollten öffentlich mehr über positive Mietverhältnisse oder Verläufe berichten. In der Öffentlichkeit wird häufig ausschließlich über negative Beispiele berichtet.

Wohnraum, Tagesstruktur, Integration

–

auch für Drogenabhängige?!

Arbeitsgruppe 2: Qualifizierte Akutbehandlung

16. Januar 2019

Dr. med. Antje Niedersteberg

Chefärztin der Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen
und Psychotherapie der LVR-Klinik Düren

Informationen zur LVR-Klinik Düren

- moderne Fachklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
- umfasst Abteilungen für Allgemeinpsychiatrie, Abhängigkeitserkrankungen, Gerontopsychiatrie, forensische Psychiatrie und soziale Rehabilitation
- über 1.200 Beschäftigten
- psychiatrische Versorgung eines Bevölkerungsraums von 660.000 Einwohnern
- Qualität, innovative Weiterentwicklung der Leistungen, Ausbildungsbetrieb, Schulen für Ergotherapie sowie Gesundheits- und Krankenpflege

Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen und Psychotherapie:

- Akutaufnahmestation mit 24 Betten
- eine offene Station für „Qualifizierten Alkohol- und Medikamentenentzug mit Motivationsbehandlung“ mit 16 Betten
- eine geschlossenen Station für „Qualifizierte stationäre Opiatentzugsbehandlung“ (Beikonsum und Komplettentgiftung) mit 16 Plätzen
- eine fakultativ geschlossenen Station für Patienten mit Alkohol-, Cannabis-, Amphetamin-, Medikamenten – und/ oder Opiatabhängigkeit mit zusätzlichen psychischen komorbiden Erkrankungen wie Depressionen, Ängsten und psychotischen Störungen sowie Persönlichkeitsstörungen und ADHS mit 21 Plätzen
- Suchtfachambulanz, angegliederte Ambulanz für Methadonsubstitution, ADHS-Ambulanz

Informationen zur LVR-Klinik Düren

- moderne Fachklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
- umfasst Abteilungen für Allgemeinpsychiatrie, Abhängigkeitserkrankungen, Gerontopsychiatrie, forensische Psychiatrie und soziale Rehabilitation
- über 1.200 Beschäftigten
- psychiatrische Versorgung eines Bevölkerungsraums von 660.000 Einwohnern
- Qualität, innovative Weiterentwicklung der Leistungen, Ausbildungsbetrieb, Schulen für Ergotherapie sowie Gesundheits- und Krankenpflege

Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen und Psychotherapie:

- Akutaufnahmestation mit 24 Betten
- eine offene Station für „Qualifizierten Alkohol- und Medikamentenentzug mit Motivationsbehandlung“ mit 16 Betten
- eine geschlossenen Station für „Qualifizierte stationäre Opiatentzugsbehandlung“ (Beikonsum und Kompletterntgiftung) mit 16 Plätzen
- eine fakultativ geschlossenen Station für Patienten mit Alkohol-, Cannabis-, Amphetamin-, Medikamenten – und/ oder Opiatabhängigkeit mit zusätzlichen psychischen komorbiden Erkrankungen wie Depressionen, Ängsten und psychotischen Störungen sowie Persönlichkeitsstörungen und ADHS mit 21 Plätzen
- Suchtfachambulanz, angegliederte Ambulanz für Methadonsubstitution, ADHS-Ambulanz

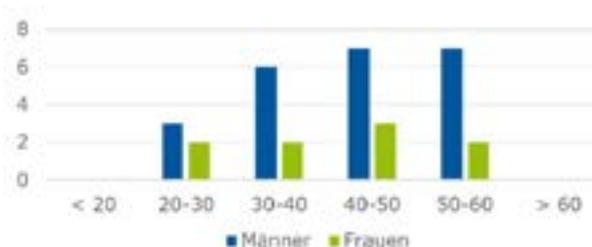
Auswertung der Fragebögen

I. Gesamtzahl Rücklauf: 37

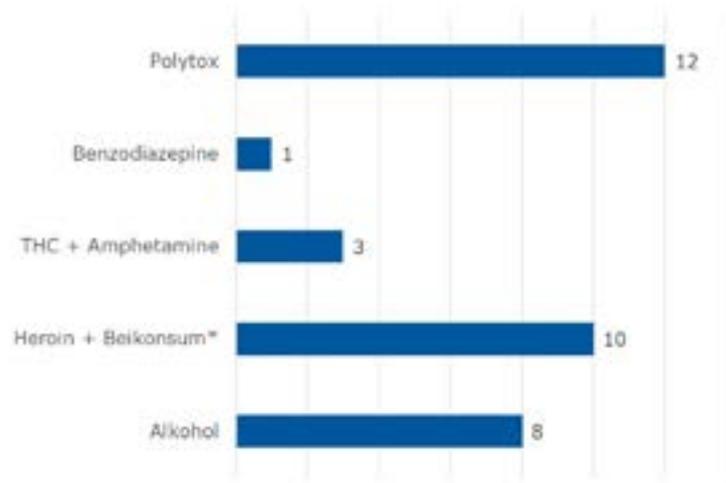
I. Männer: 26

II. Frauen: 9

II. Altersverteilung:



Welche Abhängigkeitserkrankung lag vor?



*Beikonsum: Kokain, Benzodiazepine, THC, Alkohol

Wohnsituation

▪ Wie wohnen Sie aktuell?

- eigene Wohnung: 12
- mit Partner/in in eigener Wohnung: 7
- Mit Partner/in und Kindern in eigener Wohnung: 2
- Im betreuten Wohnen: 3
- In einer Wohngemeinschaft: 2
- Ich habe keine Wohnung: 7
- Sonstiges: Mutter-Kind-Haus (1), bei Familie und Verwandten (2)

▪ Wie ist Ihre Lebenssituation?

- Ich stehe in einem Arbeitsverhältnis: 6
- Ich bin arbeitssuchend: 18
- Ich beziehe eine Rente: 8
- Sonstiges: Hartz IV (3), Antrag auf Rente (2)



Wie wünschen sich unsere Patienten im Alter zu wohnen

- In eigener Wohnung: 32
- Im betreuten Wohnen: 3
- In einem Altenheim: 0
- In einer entsprechenden Einrichtung, in der ich auch substituiert werden kann: 0
- In einer soziotherapeutischen Einrichtung: 0
- Sonstiges: Mehrgenerationenhaus (2)

Was sollten/können wir für unsere Patienten/Klienten tun? Wie kann konkrete Hilfe und Unterstützung aussehen? Was sollten wir vom Gesetzgeber/Gesundheitsminister fordern? Reichen die Versorgungsstrukturen und Vernetzung aus?

Arbeitsgruppe 2 Ambulante Beratungs- und Behandlungsstelle



Köln, 16.01.2019



Dominik Neugebauer
Caritasverband Paderborn e.V.

Hintergrundinformationen

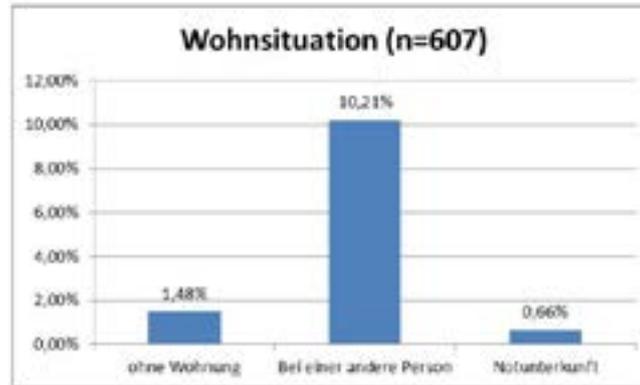


Der Kreis Paderborn:
300.000 Einwohner verteilt auf 7 Städte
und 3 Gemeinden.

Die Stadt Paderborn:
150.000 Einwohner



Wohnsituation zu Beginn der Beratung (2018)



	Durchschnittsalter	Prekäre Wohnsituation
Gesamt	35	
ohne Wohnung	35	Frauen 18,66%
Bei einer andere Person	30	Männer 81,33%
Notunterkunft	42	[Insgesamt 23,77]

Leitfragen aus Sicht einer Beratungsstelle

- Wie können Ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen bei der Wohnraumsuche unterstützen? Wo sind die Grenzen?
- Welche regionalen Vernetzungsstrukturen sind notwendig, um den Bedarfen zu begegnen?
- Bessere Wohnraumperspektiven in ländlichen Bereichen versus medizinischer Versorgung vor Ort (Substitution!)
- Insellösungen versus Teilhabe

Arbeitsgruppe 3

Medizinische Rehabilitation und Qualifizierte Akutbehandlung

Dr. Georg Merker und Renate Steinert

Zunächst waren sich alle Anwesenden einig, dass das allgemeine Problem der Verengung des Wohnungsmarktes für die Gruppe der Drogenabhängigen besonders schwere Auswirkungen hat.

Wohnungslose Suchtkranke werden vom Hilfesystem insofern ausgegrenzt, als das ambulant Betreute Wohnen meist die Aufnahme unter diesen Umständen ablehnt.

Stationär Betreutes Wohnen wird häufig aus der reinen Not heraus, kein Dach über dem Kopf zu haben, angesteuert, mit dem Ergebnis, bei einem Abbruch doch wohnungslos zu werden. Die mitfinanzierten, aber eigentlich gar nicht gewünschten soziotherapeutischen Leistungen sind vielfach Geldverschwendung.

Wir postulierten ein „Grundrecht auf Wohnung“, jedoch in Spannung zu einer mangelnden oder fehlenden „Wohnfähigkeit“, so dass durch fortgesetztes Fehlverhalten dieses Recht quasi verwirkt würde. Wir sahen hier aber vielmehr einen erhöhten Bedarf an Unterstützung, Korrektur und Hilfe statt der simplen Ausgrenzung. Die Klient*innen werden immer älter. Suchtkranke bringen vielfach Komorbiditäten wie PTBS etc. mit, dazu ein psychosoziales Lastenpaket. Strukturelle Probleme kann das Hilfesystem jedoch nicht auch noch auffangen!

Die Verschärfung der Rahmenbedingungen für Selbstvermieter in Form von mehr Formalitäten, Problemen mit der Heimaufsicht, Brandschutz etc. hat immer höhere Hürden für Träger von Wohngemeinschaften o. ä. gebaut. Durch die Ansammlung in bestimmten Vierteln kommt es zu einer Ghettoisierung. Hierzu kommt die Ansammlung vor Arztpraxen, der vermehrte Polizeikontakt in diesen Vierteln – nicht attraktiv für Vermieter und Nachbarn! (Exkurs: Die Ausgabe von Naltre-

xon in der Notunterkunft ist ebenso erforderlich, wie an Ergo- und Sozio-Therapeuten*innen, die mit dieser Klientel arbeiten).

Bei der Suche nach Lösungen postulierten wir zuerst den Bau von Helfernetzwerken, verbesserte Koordination und Zusammenarbeit. Von den Teilhabesegmenten Wohnung und Tagesstruktur hängt alles ab. Beide sollten jedoch besser einzeln als Modul betrachtet werden. Die Ambulantisierung der Hilfen kann hier der richtige Weg sein, jedoch nicht für alle!

Wir sahen es als unumgänglich an, dass die Kommunen wieder mehr bauen.

Eher abgewohnter Wohnraum muss gezielt angemietet werden (unsaniert). Gebraucht werden dringend Übergangwohnheime Sucht mit Betreuung und Weitervermittlung.

Die Krankenkassen müssen mehr in die Pflicht genommen werden (Pflege, Ergo-, Soziotherapie).

Hilfeplan muss für Wohnungslose direkt beschieden werden, Hilfe kann nicht warten.

Gewünscht wurde:

- Neues Ministerium
- 10-Jahres-Aktions-Plan
- Anti-Stigma auch für Drogenabhängige!
- Weiterbildung für Entscheidungsträger (Praxis)
- Job-Center ins Boot holen (§16i SGB II)

und abschließend:

Realitätsanpassung für alle!

Verschärfung der Rahmenbedingungen für Selbstverm. etc.

- Formalitäten
- Kennaufsucht
- Brandschutz etc.

Hohe Hürden für Träger.
Klienten eher älter und komorbide.
Ghettoisierung
* Substitution ist nicht sexy!
Prohibition + Ausgrenzung

Nachkonz. in der Notunterkunft
Verordnung, Ergo-/Sozial-Ts
Bau von Helfernetz etc., Koordination
Ambulantisierung des Hilfes →
nicht für alle!
Teilhabesegmente: Wohnung, Tagesstruktur
daran hängt alles ab!

10-Jahres Plan
stat. Bewo aus Not heraus

↓
Absuch ins Off ↓
 Geldverschwendung

wohnungslose Suchtkranke vom System
ausgesaugt (aus Bewo lebst ab)

Grundrecht auf Wohnung
Wohnsicherheit? Fehlvorkommen?
Unterstützung, Korrektur, Hilfe etc.
Komorbiditäten + PTBS etc.,
psychosoziales Lastempfinden

Strukturelle Probleme
Kann das System nicht auflösen!

Lösungen:

- Kommunen bauen mehr
Absorptionswohnraum gezielt
zu mieten (unseres)
- Übergangswohnheim Sucht
mit Betreuung + Weitervermittlung
- Krankenkassen mehr in die Pflicht
(Pflege, Ergotherapie)
- Hilfekonzepte direkt beordern
- Neues Ministerium
- Anti-Stigma!
- Weiterbildung für Entscheidungsträger
Plus
- Job-Center ins Boot holen (Kf)
- Realitätsanpassung für alle

Fazit

Dr. med. Thomas Kuhlmann

Thema der heutigen Tagung war die zunehmende Wohnungsnot mit drohender, oft auch realer Wohnungslosigkeit und deren Auswirkungen auf alle Bereiche des Hilfesystems: Von unmittelbar überlebenssichernden Hilfen bis hin zur umfassenden Re-Integration mit Wiedereinstieg ins Erwerbsleben auf dem 1. Arbeitsmarkt, der mittlerweile auch durch die gravierenden Probleme eine Wohnung zu finden massiv erschwert wird.

In den Vorträgen von Frau Rosenke von der BAG Wohnungslosenhilfe haben wir von den weitreichenden Auswirkungen auf Bundesebene erfahren: Die Unterschiede zwischen Wohnungs- und Obdachlosigkeit, die zunehmende Spaltung der Gesellschaft, die sich u. a. in mehrjährigen Aufenthalten von Familien mit Kindern in Notunterkünften auswirkt, andererseits auch die vielfältigen Initiativen zur Überwindung der Wohnungsprobleme durch z. B. Kontakte mit „Haus & Grund“.

Frau Schmidt aus dem Sozialministerium hat ihrerseits auf die begrenzten Möglichkeiten der unmittelbaren Einwirkung seitens des Ministeriums als Folge der weitreichenden kommunalen Selbstständigkeit hingewiesen, zugleich sehr anschaulich und engagiert eine Vielzahl interessanter Modellprojekte erläutert einschließlich Darlegung der erreichten Zwischenstände und angestrebten Ziele.

Darüber hinaus haben Frau Dr. Dörmann vom Bundesministerium für Gesundheit und Frau Dr. Dybowski, Referentin für Drogen und AIDS im Ministerium für Gesundheit, Arbeit und Soziales mit ihrer Anwesenheit das hohe Interesse und die Bereitschaft der politisch Verantwortlichen zur aktiven Diskussion mit dem Hilfesystem unterstrichen.

In den Workshops wurden die vielfältigen Auswirkungen des Wohnungsproblems in allen Bereiche des Hilfesystems deutlich, ebenso die vielfältige

Kreativität und insbesondere die enorme Bedeutung der Bereitschaft aller Akteure miteinander ins Gespräch zu kommen, in offenem Austausch über die Auswirkungen des Wohnungsproblems und die konkrete Verantwortung zu dessen Linderung durch aktive Beteiligung aller zuständigen Institutionen, Behörden und politisch Verantwortlichen.

Bereitschaft zur Kommunikation, insbesondere Bereitschaft zur konkreten Übernahme der Mitverantwortung i. S. des Suchens nach Hilfsmöglichkeiten statt der Suche nach Abgrenzung und Möglichkeiten zur Nichtbeteiligung - dieser Aspekt hat sich wie ein roter Faden durch die ganze Tagung in allen ihren Facetten gezogen.

Die offene, kreative Diskussion und die hohe Präsenz und aktive Beteiligung der politisch Verantwortlichen, das sind ausgesprochen positive Signale, die sich in deutlicher Weise unterscheiden von vielfältigen Diskussionen, in denen gravierende Probleme beschrieben, beklagt und die Verantwortung der jeweils anderen Seite, insbesondere der politisch Verantwortlichen eingefordert wird ohne miteinander ins Gespräch zu kommen.

Der offene Austausch, die Diskussion im gesamten Hilfesystem von der Überlebenshilfe, der qualifizierten Akutbehandlung bis hin zur ausstiegsorientierten Hilfe und die hohe Bereitschaft und aktive Beteiligung der politisch Verantwortlichen - das sind positive Signale, die wir als Ermutigung verstehen sollten weiter zu machen, hartnäckig auf gravierende Probleme hinzuweisen, eigene Lösungsansätze anzubieten und miteinander nach Verbesserung zu ringen und nicht kleinbeizugeben.

Vielen Dank für Ihr Engagement und bis bald!

Referent*innen

Claudia Holzknecht

LWL-Klinik Dortmund
Ambulante Rehabilitation Drogen
Marsbruchstraße 179
44287 Dortmund

Udo Horwat

Diakoniewerk Duisburg GmbH
Paul-Rücker-Str. 7
47059 Duisburg

Friedhelm Kitzig

Landschaftsverband Rheinland
LVR-Fachbereich Planung, Qualitäts- und
Innovationsmanagement
50633 Köln

Dr. med. Thomas Kuhlmann

Psychosomatische Klinik Bergisch Gladbach
Schlodderdicher Weg 23a
51469 Bergisch Gladbach

Dr. Georg Merker

Verein für Gefährdetenhilfe e. V.
Fachklinik Meckenheim
An der Alten Eiche 1
53340 Meckenheim

Dominik Neugebauer

Caritasverband Paderborn e. V.
DROBS - Jugend- und Drogenberatungsstelle
Paderborn
Ükern 13
33098 Paderborn

Dr. Antje Niedersteberg

LVR-Klinik Düren
Meckerstr. 15
52353 Düren

Werena Rosenke

BAG Wohnungslosenhilfe e. V.
Berlin
Boyenstraße 42
10115 Berlin

Gabriele Schmidt

Referat Grundsatzfragen Soziales (V A 1)
Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen
Fürstenwall 25
40219 Düsseldorf

Renate Steinert

LWL-Klinik Münster
Friedrich-Wilhelm-Weber-Str. 30
48147 Münster

LVR-Dezernat Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen
LVR-Fachbereich Planung, Qualitäts- und Innovationsmanagement

Siegburger Str. 203, 50679 Köln

Tel 0221 809-6947