

Freie wissenschaftliche Arbeit
zur Erlangung
des Grades eines Masters in Sozialmanagement
an der Alice Salomon Hochschule Berlin
(Masterarbeit)

Hilfsangebote und ihre Wirksamkeit für wohnungslose psychisch kranke Menschen in Berlin

eingereicht bei

Erstleserin: Dipl. Psych. Annette Berg

Zweitleser: Prof. Dr. Hans-Dieter Bamberg

von: Alexandra Niepel
Matr.- Nr. 08142067
Berlin, den 09.01.2018

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis.....	IV
Abbildungsverzeichnis.....	VI
1. Einleitung.....	1
2. Definitionen.....	2
2.1 Wohnungslos.....	2
2.2 Psychisch krank.....	3
2.3 Lebensweltorientierte Soziale Arbeit.....	4
2.4 Wirksamkeit.....	6
3. Das Hilfesystem.....	8
3.1 Wohnungslosenhilfe.....	10
3.1.1 Unterbringungsmöglichkeiten und niedrigschwellige Angebote der Wohnungslosenhilfe.....	11
3.1.2 Hilfeleistungen gemäß §§ 67 ff. SGB XII.....	16
3.1.2.1 Zugangsvoraussetzungen zu Hilfeleistungen gemäß §§ 67 ff. SGB XII. .	17
3.1.2.2 Leistungstypbeschreibungen der Hilfeleistungen gemäß §§ 67 ff. SGB XII.....	18
3.1.2.3 Trägerwohnungen.....	23
3.2 Hilfsangebote der Sozialen Psychiatrie.....	24
3.2.1 Medizinisch psychiatrische Behandlungsangebote.....	24
3.2.2 Niedrigschwellige Angebote der Sozialen Psychiatrie und der Sozialpsychiatrische Dienst.....	26
3.2.3 Eingliederungshilfe gemäß §§ 53 ff. SGB XII.....	31
3.2.3.1 Zugangsvoraussetzungen zur Eingliederungshilfe.....	33
3.2.3.2 Leistungstypbeschreibungen der Eingliederungshilfe.....	35
3.2.3.3 Säulen der Eingliederungshilfe.....	39
3.3 Schnittstelle Wohnungslosenhilfe und Soziale Psychiatrie.....	40
4. Der Mensch.....	43
4.1 Wie viele Menschen sind betroffen.....	43
4.2 Risiken durch die Benennung der Personengruppe.....	46
4.3 Erwartungen der Betroffenen an das Hilfesystem.....	47
5. Analyse des Hilfesystems am Fallbeispiel.....	49
5.1 Fallbeispiel.....	49
5.2 Zugangsvoraussetzungen.....	52
5.2.1 Formale Voraussetzungen.....	52

5.2.2 Persönliche Voraussetzungen.....	56
5.3 Befriedigung von Grundbedürfnissen.....	62
5.4 Weitere Hinderungsgründe für die Wirksamkeit der Hilfen.....	68
5.4.1 Verweisen der Hilfesysteme aufeinander.....	68
5.4.2 Konzeptionelle Ausgestaltung, Betreuungsverträge und Hausordnungen.....	72
5.5 Ableitungen aus der Fallanalyse.....	73
6. Lösungsansätze.....	75
7. Fazit.....	82
Literaturverzeichnis.....	84

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
ASOG	Allgemeines Sicherheits- und Ordnungsgesetz – ASOG Bln
AV ZustSoz	Ausführungsvorschrift über die örtliche Zuständigkeit für die Leistungen der Sozialhilfe nach dem SGB XII
AV-Wohnen	Ausführungsvorschriften zur Gewährung von Leistungen gemäß § 22 SGB II und §§ 35 und 36 SGB XII
AZG	Allgemeines Zuständigkeitsgesetz
BAG W	Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V.
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BRP	Behandlungs- und Rehabilitationsplan
BRV	Berliner Rahmenvertrag
BTHG	Bundesteilhabegesetz
BTS	Therapeutisch betreute Tagesstätten und Beschäftigungsstätten
BUL	Berliner Unterbringungsleitstelle
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“, in der 5ten Auflage
EHVO	Eingliederungshilfe–Verordnung
etc.	et cetera
ETHOS	European Typology on Homelessness and Housing Exclusion
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems in der 10ten Revision
IFW	Institut für Forschung und Weiterbildung
ISP	Integriertes Sozialprogramm
KBS	Psychoziale Kontakt- und Beratungsstelle
LAGeSo	Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin
LIGA Berlin	LIGA der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege in Berlin
PIA	Psychiatrische Institutsambulanz
PsychKG Bln	Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten Berlin
RGO-SGP	Rahmengesäftsordnung für die Steuerungsgremien Psychiatrie in den Berliner Bezirken
SEEWOLF	Seelische Erkrankungen in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe im Großraum München
SGB	Sozialgesetzbuch

SGP	Steuerungsgremium Psychiatrie
SKID	Strukturiertes Klinisches Interview für DSM – IV
TAWO	Teilhabe von abhängigkeitskranken Wohnungslosen in Rheinland - Pfalz

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Maslow´sche Bedürfnispyramide.....	7
Abbildung 2: Unterbringungsmöglichkeiten der Wohnungslosenhilfe.....	14
Abbildung 3: Niedrigschwellige Angebote der Wohnungslosenhilfe.....	15
Abbildung 4: Hilfeleistungen gemäß §§ 67 ff. SGB XII.....	19
Abbildung 5: Medizinisch psychiatrische Behandlungsangebote.....	26
Abbildung 6: Niedrigschwellige Hilfsangebote der Sozialen Psychiatrie und der Sozialpsychiatrische Dienst.....	30
Abbildung 7: Angebote der Eingliederungshilfe gemäß §§ 53 ff. SGB XII.....	36
Abbildung 8: Therapeutische Grundhaltung bei Sucht- bzw. Psychose-therapie.....	40
Abbildung 9: Therapeutisches Grundverständnis von Mitarbeiter*innen und Nutzer*innen.....	49
Abbildung 10: Zugangsvoraussetzungen zu Hilfsangeboten.....	53
Abbildung 11: Hilfesystem nach Angeboten.....	63
Abbildung 12: Räumliche Standards der Wohnangebote.....	66

1. Einleitung

Wohnungslos und psychisch erkrankt zu sein stellt eine Lebenslage mit besonderen sozialen Schwierigkeiten dar. Die meisten Menschen in einer solchen Lebenslage benötigen Unterstützung, um ihre sozialen Schwierigkeiten zu überwinden und am gesellschaftlichen Leben teilhaben zu können.

Es besteht eine Vielzahl von Hilfsangeboten, die im Sozialgesetzbuch verankert sind, die dazu beitragen sollen jedem Menschen ein menschenwürdiges Dasein zu sichern (vgl. § 1 SGB I). Die vorliegende Arbeit bezieht sich auf die Hilfsangebote der Wohnungslosenhilfe und ausgewählte Hilfsangebote der Sozialen Psychiatrie. Welche Hilfe steht Menschen zu, die sowohl von einer psychischen Erkrankung, als auch von Wohnungslosigkeit betroffen sind? Trotz eines ausdifferenzierten Hilfesystems wählen Menschen die sogenannte „Freiheit der Straße“ und erhalten keine Hilfe oder nehmen sie nicht in Anspruch.

Die Unterstützung von wohnungslosen psychisch kranken Menschen¹ ist eine bekannte und viel diskutierte Herausforderung an der Schnittstelle der Wohnungslosenhilfe und der Sozialen Psychiatrie. Im Jahr 2017 befassen sich zwei Fachzeitschriften der Sozialen Psychiatrie² in jeweils einer kompletten Ausgabe mit dieser Thematik.

Durch die Arbeit an der Schnittstelle der Eingliederungshilfe (als ein Hilfsangebot der Sozialen Psychiatrie) und der Wohnungslosenhilfe in Berlin motiviert, beschäftigt sich die vorliegende Arbeit mit der Fragestellung: Bietet das Hilfesystem Berlins wohnungslosen psychisch kranken Menschen eine wirksame Unterstützung an?

Hierfür wird zunächst ein Überblick über das Berliner Hilfesystem gegeben. Dem werden die Erwartungen der betroffenen Menschen und deren Lebenswelt gegenübergestellt. Auf dieser Basis wird analysiert, ob das Hilfesystem zu den Erwartungen der betroffenen Menschen passt und damit eine passende Unterstützung für sie anbietet.

Die Arbeit gliedert sich wie folgt. In Kapitel 2 werden Begrifflichkeiten definiert und grundlegende Sichtweisen der vorliegenden Arbeit festgelegt. Kapitel 3 stellt das bestehende Hilfesystem Berlins vor. In Kapitel 4 werden verallgemeinernd Eigenschaften von wohnungslosen psychisch kranken Menschen benannt. Anschließend wird in Kapitel 5 die Wirksamkeit des Hilfesystems anhand eines Fallbeispiels überprüft. Aus dieser Fallanalyse ergeben sich Ableitungen, die in Kapitel 6 zu Lösungsansätzen führen, welche

1 Wohnungslose psychisch kranke Menschen werden in der vorliegenden Arbeit Leistungsberechtigte, Leistungsempfänger*in, Nutzer*in, Nachfragende, Betroffene, Hilfesuchende, Patient*innen oder Klient*in genannt. Die Benennung orientiert sich an der jeweiligen Sichtweise, aus der geschrieben wird.

2 Soziale Psychiatrie. Heft 1, 41. Jg., 2017. Kerbe. Forum für soziale Psychiatrie. Nr.3, Jg. 35, 2017.

Veränderungen, Ergänzungen und Variationen von Hilfsangeboten für die Betroffenen bieten könnten. Es werden Chancen und Risiken der Hilfsangebote verdeutlicht.

Die Auseinandersetzung erfolgt auf Grundlage der bundesweiten und berlinspezifischen Rahmenbedingungen der Hilfeerbringung im Zusammenhang mit der einschlägigen Literatur zur Schnittstellenarbeit von Wohnungslosenhilfe und Eingliederungshilfe.

2. Definitionen

In diesem Kapitel wird das Verständnis der Begriffe „Wohnungslos“ und „Psychisch krank“ für die vorliegende Arbeit definiert. Das Konzept der Lebensweltorientierten Sozialen Arbeit³ wird beschrieben, da es die pädagogische Grundhaltung dieser Masterarbeit darstellt. Im Anschluss werden die Kriterien definiert, unter denen ein Hilfsangebot im Rahmen der vorliegenden Arbeit als wirksam gilt.

2.1 Wohnungslos

Die Autoren Lutz und Simon bezeichnen Wohnungslose als „[...] zumeist alleinstehende Menschen, die über die Tatsache hinaus, dass sie eben aktuell keine Wohnung haben, auch noch von besonderen sozialen Schwierigkeiten bedroht sind, die eine sozialarbeiterische Maßnahme zur Wiedereingliederung erforderlich machen“ (Lutz, Simon 2012: 93). Es gibt keine einheitliche Definition des Begriffes Wohnungslos. Lutz und Simon beschreiben Wohnungslosigkeit als den enger gefassten Begriff der Obdachlosigkeit. Als obdachlos können ihrer Definition nach alle Menschen beschrieben werden, die ihre Wohnung verloren haben, unabhängig von ihrer sozialen Situation (vgl. ebd.: 92 - 93).

Die European Typology on Homelessness and Housing Exclusion (ETHOS) grenzt Wohnungslosigkeit von Obdachlosigkeit dadurch ab, dass wohnungslose Menschen in Einrichtungen leben, in denen die Aufenthaltsdauer begrenzt ist, wie beispielsweise in betreuten Einzelwohnungen oder Wohnheimen für wohnungslose Menschen, während obdachlose Menschen auf der Straße, in Notunterkünften oder niedrighschwelligen Einrichtungen leben und übernachten. ETHOS unterscheidet zwei weitere Kategorien. Neben „Wohnungslos“ und „Obdachlos“ benennen sie „ungesichertes“ und „ungenügendes“ Wohnen. „Ungesichert“ Wohnen wird beispielsweise damit beschrieben, bei Freunden oder Verwandten vorübergehend unterzukommen. „Ungenügendes“

3 Lebensweltorientierte Soziale Arbeit wird im folgenden zur besseren Lesbarkeit teilweise als Lebensweltorientierung bezeichnet.

Wohnen wird definiert als Wohnen in dazu ungeeigneten Räumlichkeiten. (vgl. Bäuml et al. 2017: 22).

Die Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. (BAG W) definiert in einem Positionspapier den Begriff des Wohnungsnotfalls wie folgt: „Wohnungsnotfälle sind Haushalte und Personen mit einem Wohnungsbedarf von hoher Dringlichkeit, die aufgrund besonderer Zugangsprobleme (finanzieller und/ oder nicht-finanzieller Art) zum Wohnungsmarkt der besonderen institutionellen Unterstützung zur Erlangung und zum Erhalt von angemessenem Wohnraum bedürfen.“ (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. 2011: 1)

In der vorliegenden Arbeit wird der Begriff „Wohnungslos“ nach der Definition von Lutz und Simon verwendet, da diese Definition den Menschen, um die es schwerpunktmäßig in dieser Arbeit gehen soll, am nächsten kommt. Durch diese Definition wird nicht festgelegt, ob die Menschen derzeit auf der Straße, in Einrichtungen der Wohnungslosen- oder Eingliederungshilfe oder bei Bekannten leben. Es ist definiert, dass die Menschen soziale Schwierigkeiten haben, die sie derzeit nicht aus eigenen Kräften bewältigen können und somit Unterstützung benötigen. Dieser Aspekt ist maßgeblich für die Personengruppe, die betrachtet wird.

2.2 Psychisch krank

Wenn von psychischen Erkrankungen gesprochen wird, handelt es sich alleine durch die Benennung „krank“ um ein medizinisch geprägtes Modell und Verständnis von Phänomenen. Die Definition von „psychisch krank“ ist stark davon abhängig, aus welcher Fachrichtung heraus Verhaltensweisen von Menschen betrachtet werden und welche Bezugsgrößen (beispielsweise Umwelt, Kontext, Lebenssituation) in das Verständnis von Phänomenen mit einbezogen werden⁴.

Die Diagnostik psychischer Krankheiten obliegt der Psychiatrie als Fachdisziplin der Medizin (vgl. Effinghausen 2014: 55 – 57). Die medizinische Definition psychischer Krankheiten wird momentan durch die, von der Weltgesundheitsorganisation geschaffene, „International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems“, in der 10ten Revision (ICD-10) vorgenommen. Diese medizinische Definition von psychischer Krankheit wird der vorliegenden Arbeit zugrunde gelegt, da sie die Basis für den

4 Um eine Erkrankung zu definieren muss klar sein, was Gesundheit bedeutet. Auch diese ist nicht eindeutig definierbar. Es kommt auf das Verständnis an, wie Krankheit und Gesundheit zueinander in Verbindung stehen. Sind Krankheit und Gesundheit konträr zueinander und das eine schließt das andere aus (dichotomes Konzept), besteht ein Kontinuum und der eigene Zustand kann sich zwischen den Polen gesund und krank bewegen (bipolares Konzept), oder ist es möglich zeitgleich krank und gesund zu sein im Sinne eines Balance Modells (orthogonales Konzept) (vgl. Effinghausen 2014: 50 – 51).

Rechtsanspruch auf viele Hilfsangebote der Sozialen Psychiatrie darstellt (siehe Punkt 3.2.3.1).

Trotz der Anerkennung der Diagnose und Behandlung psychischer Krankheit durch die medizinische Psychiatrie ist damit die Sichtweise auf und das Verständnis von Ursache, Nutzen und Verlauf von psychischen Erkrankungen nicht geklärt. Die vorliegende Arbeit orientiert sich an dem Grundgedanken der Sozialen Psychiatrie⁵. Das Konzept der Sozialen Psychiatrie richtet einen ganzheitlichen Blick auf psychisch kranke Menschen. Im Vordergrund steht das Verstehen der Lebenssituation des Menschen. Die Soziale Psychiatrie bedient sich verschiedener Disziplinen und richtet sich an der Lebenswelt des psychisch erkrankten Menschen aus. Soziale Psychiatrie bedeutet den betroffenen Menschen als Experten seiner Situation anzusehen und ehemals Betroffene, Angehörige und soziale Netzwerke Betroffener mit einzubinden und deren Expertise einzuholen. Die Aufgabe der Sozialen Psychiatrie ist es, ein umfassendes Verständnis von psychischer Erkrankung zu entwickeln und daraus abgeleitet passende Unterstützungen anzubieten oder zu schaffen (vgl. Clausen, Eichenbrenner 2016: 11 – 13).

„Die Erkrankung der Psyche ist immer auch eine psychosoziale Notlage, die einen akzeptablen Ort der Begegnung, der Begleitung und der Unterstützung braucht.“ (Clausen, Eichenbrenner 2016: 12).

2.3 Lebensweltorientierte Soziale Arbeit

Die Grundgedanken der Sozialen Psychiatrie basieren auf dem Ansatz Lebensweltorientierter Sozialer Arbeit. Das Konzept Lebensweltorientierter Sozialer Arbeit stellt die Grundhaltung, die die Analyse und Fragestellung der vorliegenden Arbeit begründet, dar. Es wird im Folgenden mit seinen Prinzipien vorgestellt. Die spätere Analyse greift die Prinzipien auf, um die Wirksamkeit des Hilfesystems aus einer Lebensweltorientierten Sichtweise eines betroffenen Menschen zu überprüfen.

Unter dem Konzept Lebensweltorientierter Sozialer Arbeit ist eine Soziale Arbeit zu verstehen, die von den alltäglichen Deutungs- und Handlungsmustern und Bewältigungsbemühungen ihrer Klient*innen aus denkt und handelt (vgl. Grunwald, Thiersch 2016: 24). „[...] [D]ie Eigensinnigkeit der Lebenserfahrungen und die Bedürftigkeit [...]“ (ebd.) jedes Menschen in Verbindung mit den Möglichkeiten der Sozialen Arbeit bilden das Konzept der Lebensweltorientierung (vgl. ebd.). Die Lebenswelt

5 Sie ist aus der Psychiatriereform entstanden, die durch die Psychiatrie-Enquete 1975 angestoßen wurde. Ein Reformziel war das Öffnen der psychiatrischen Anstalten und ein Aufbau gemeindenaher Versorgungsstrukturen, um die psychiatrische Versorgung menschenwürdig umzugestalten und Ausgrenzungsprozessen entgegenzuwirken (vgl. Clausen, Eichenbrenner 2016: 21 - 22).

der Klient*innen ist der zentrale Orientierungspunkt für jegliche Intervention (vgl. ebd. 28 – 29).

„Einseitiges hegemoniales Herrschaftswissen, bei dem der Fachmann weiß, was der Patient braucht, wird abgelöst durch Verhandeln, durch die Begegnung auf Augenhöhe, durch die Demokratisierung der Beziehungen. Diese Sicht- und Herangehensweise korrespondiert mit den Zielen, Leitlinien und Handlungsmaximen des alltags- und lebensweltorientierten Ansatzes.“ (Obert 2016: 222).

Ziel der lebensweltorientierten Sozialen Arbeit ist es Klient*innen dabei zu unterstützen, einen gelingenden Alltag, nach dem Prinzip der sozialen Gerechtigkeit, führen zu können (vgl. Grunwald, Thiersch 2016: 24). Soziale Gerechtigkeit wird auf drei verschiedenen Ebenen definiert: formal-juristisch, politische Teilhabe und materielle Rechte als Voraussetzung zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Gerechtigkeit darf nicht prinzipiell mit Gleichheit verbunden werden. Soziale Gerechtigkeit soll heißen, dass alle das gleiche Recht auf Unterschiedlichkeit haben und ihre individuellen Lebensbedingungen und persönlichen Eigenarten respektiert werden (vgl. ebd.: 30 – 31).

Lebensweltorientierte Soziale Arbeit sieht sich in dem Spannungsverhältnis einerseits Klient*innen in ihren Lebenswelten, Alltäglichkeiten und Lebenserfahrungen verstehen zu wollen und zu respektieren, zeitgleich jedoch die Möglichkeiten von Institutionen und professionellem Handeln zu kennen und darin zu agieren. Nicht nur die Lebenswelt der Klient*innen ist durch Alltäglichkeiten und gewachsene Strukturen geprägt, sondern auch die professionellen Kontexte. Lebensweltorientierte Soziale Arbeit lehnt eine einseitige Sichtweise ab, macht aber deutlich, dass es ihre Aufgabe ist, die Strukturen des Hilfesystems für die Lebenswelten der Klient*innen zu öffnen und neu zu gestalten (vgl. ebd.: 37 - 38). Der Respekt vor der Eigensinnigkeit und den Bewältigungsstrategien der Klient*innen gilt als Grundvoraussetzung, um Verhandlungen hin zu einem gelingenden Alltag führen zu können und gemeinsam attraktive Möglichkeiten zu ermitteln, die zu einem Veränderungswillen führen (vgl. ebd. 41). Es wird vor der Abkapselung des Hilfesystems vor den Lebenswelten der Klient*innen gewarnt, da es so zur Herausbildung eines selbstreferentiellen Hilfesystems kommen könnte, das keine Möglichkeit zur Verwirklichung eines individuell gelingenden Alltags bietet (vgl. ebd.: 38).

Es haben sich sechs Prinzipien als Struktur- und Handlungsmaximen der lebensweltorientierten Sozialen Arbeit herausgebildet. Das Prinzip der Einmischung spricht den sozialpolitischen Auftrag Sozialer Arbeit an. Hierbei geht es darum gesellschaftliche Rahmenbedingungen, mit ihrer professionellen Expertise zu beeinflussen, aus denen Soziale Probleme entstehen können. Ziel dieser Einmischung ist es, Soziale Gerechtigkeit voranzutreiben. Das Prinzip der Prävention bezieht sich, genau wie die Prinzipien der Alltagsnähe und der Regionalisierung, auf die Orientierung der

Hilfeverbringung an den Lebenswelten der Klient*innen. Primäre Prävention stellt dabei die allgemeine Aufgabe dar, günstige Lebenswelten zu schaffen. Sekundäre Prävention hingegen will Menschen Unterstützung bieten, damit sie schwierige Lebensumstände und ihren Alltag selbständig und zufriedenstellend gestalten können. Der Grundgedanke der Prävention ist die Achtsamkeit und das Erkennen von Frühwarnzeichen zur Vorbeugung von Krisensituationen. Das Prinzip der Alltagsnähe verdeutlicht die Notwendigkeit Unterstützungen aus der Perspektive und Lebenswelt der Klient*innen heraus anzubieten und die Ressourcen der Menschen aufzugreifen, bevor institutionelle Hilfeleistungen erbracht werden. Die Alltagsnähe betont den oben benannten Respekt vor der Eigensinnigkeit und den Bewältigungsstrategien der Klient*innen als Grundvoraussetzung jeder Unterstützung. Das Prinzip der Regionalisierung bezieht sich auf die räumliche Dimension. Unterstützungsangebote sollen in der Lebenswelt der Klient*innen angeboten werden und zugänglich sein. Das Prinzip der Integration beziehungsweise Inklusion stellt das Recht auf Gleichheit in der geschützten Einzigartigkeit des Individuums in den Vordergrund. Die Maxime Partizipation beschäftigt sich, wie auch schon die Integration, mit der Ebene sozialetischer und demokratischer Perspektiven. Partizipation soll jedem Menschen die Möglichkeit geben seine Selbstwirksamkeit und seine Einflussmöglichkeiten zu erleben (vgl. Grunwald, Thiersch 2016: 42 – 46).

2.4 Wirksamkeit

In der vorliegenden Arbeit werden Hilfsangebote als wirksam definiert, wenn sie wohnungslosen psychisch kranken Menschen die Möglichkeit zur Befriedigung von Grundbedürfnisse bieten. Dieses Ziel leitet sich ab, aus der Theorie des Motivationsforschers Abraham H. Maslow (vgl. Maslow 1994). Er erstellt eine Bedürfnispyramide in der er fünf Ebenen von Bedürfnissen benennt, welche aufeinander aufbauen: Physiologische Bedürfnisse, Bedürfnis nach Sicherheit, Bedürfnis nach Bindung, Bedürfnis nach Selbstachtung und zuoberst das Bedürfnis nach Selbstverwirklichung. Die Befriedigung dieser Bedürfnisse ist nur in aufsteigender Reihenfolge und erst dann möglich, wenn die vorherigen Bedürfnisse ausreichend und angemessen befriedigt sind (vgl. Galliker 2009: 193 - 194).



Abbildung 1: Maslow'sche Bedürfnispyramide

(Quelle: Abb. 26: Das Maslow'sche Pyramidenmodell in: Galliker 2009: 194)

Damit ein Hilfsangebot wirksam sein kann muss es demnach an der untersten Ebene der Bedürfnispyramide ansetzen, in der Bedürfnisse nicht ausreichend befriedigt sind.

Gerade bei wohnungslosen Menschen spielt neben der Unterstützung zur Befriedigung der physiologischen Bedürfnisse, wie Hunger, Durst, Schlaf, Sauerstoff (vgl. ebd.: 193), die Hilfe zur Befriedigung des Bedürfnisses nach Sicherheit eine große Rolle. Das Bedürfnis nach Sicherheit kann selbstverständlich in vielerlei Hinsicht befriedigt werden. Nach Eppler gilt das Bedürfnis „[...] ein Dach über dem Kopf [...]“ zu haben ebenfalls nicht nur als Bedürfnis, sondern als Grundbedürfnis des Menschen, neben Wasser, Luft, Nahrung, Kleidung, Zuspruch, Zuwendung und Gespräche mit Anderen (vgl. Eppler 2000: 118). Nussbaum beschreibt in ihrer, an Aristoteles angelehnten, „Stark vagen Konzeption des Guten“, das menschliche Leben an sich (vgl. Nussbaum 1999: 47). Dadurch verdeutlicht sie was den Mensch ausmacht und leitet damit Grundbedürfnisse eines jeden menschlichen Wesens ab. Sie benennt Sterblichkeit, Hunger und Durst, das Bedürfnis nach Schutz, sexuelles Verlangen und Mobilität als „konstitutive Bedingungen des Menschen“ (vgl. Nussbaum 1999: 49 – 51). Auch bei Nussbaum wird das Bedürfnis nach Schutz als Grundbedürfnis aller Menschen aufgeführt. Aufgrund unserer körperlichen Eigenschaften sind wir Menschen auf Schutz vor der Außenwelt (Kälte, Hitze, Regen, Wind, Schnee, Frost etc.) angewiesen (vgl. Nussbaum 1999: 51). Wir unterscheiden uns von anderen Lebewesen durch eine körperlich hohe Empfindlichkeit und verhältnismäßige Schutzlosigkeit ohne Hilfsmittel (Kleidung, Wohnraum) (vgl. ebd.).

Nussbaum formuliert weitere Eigenschaften, die auch unabhängig von der körperlichen Konstitution, den Mensch als Mensch erkennen lassen. Bei dieser Auflistung benennt sie unter anderem „Getrenntsein“ und „Starkes Getrenntsein“. Unter „Getrenntsein“ versteht sie die Individualität, die Abgegrenztheit des einen Menschen von einem Anderen. Es geht darum zu betonen, dass jeder Mensch für sich und alleine steht, egal wie viel Austausch und Interaktion er mit anderen Menschen hat. Darauf aufbauend benennt Nussbaum „Starkes Getrenntsein“. Damit ist gemeint, dass jeder Mensch durch das „Getrenntsein“ von Anderen, einen eigenen, ihn umgebenden Raum hat. Darunter sind nicht ausschließlich Räume im architektonischen Sinne zu verstehen, sondern auch Lebensräume, in denen Menschen agieren (vgl. Nussbaum 1999: 55 - 56). In Bezug auf wohnungslose Menschen spielt der architektonische Raum allerdings eine besondere Rolle.

„Insgesamt läßt sich sagen, daß die Menschen sich als Wesen erkennen, die die Möglichkeit haben möchten, für sich zu sein, die einen kleinen Raum haben möchten, in dem sie sich bewegen können, und die einige Dinge haben möchten, die sie gebrauchen, behalten und lieben können.“ (Nussbaum 1999: 56)

Diese Ausführungen von Nussbaum sind insofern relevant, als dass sie verdeutlichen, dass ein (Wohn) Raum ein Grundbedürfnis eines Menschen darstellt.

Damit ein Hilfsangebot wirksam sein kann muss sicher gestellt sein, dass es für die betroffenen Menschen zugänglich und die Hilfe annehmbar ist. Selbst Hilfsangebote, die wirksam im Sinne der Befriedigung von Grundbedürfnissen sind, können ihre Wirksamkeit nur entfalten, wenn sie angenommen und gehalten werden können.

Zusammenfassend wird die Wirksamkeit des Hilfesystems für wohnungslose psychisch kranke Menschen in der vorliegenden Arbeit daher in zwei Schritten analysiert. Im ersten Schritt wird überprüft, ob Hilfsangebote für die betroffene Personengruppe zugänglich sind. Im zweiten Schritt werden die Hilfsangebote, nach der Möglichkeit der Befriedigung von Grundbedürfnissen kategorisiert und es wird diskutiert, ob sie an der relevanten Ebene der Bedürfnispyramide ansetzen.

3. Das Hilfesystem

Wie, wo und von wem ein wohnungsloser psychisch kranker Mensch Unterstützung bekommt, ist nicht pauschal zu beantworten. Im ersten Moment sind alle Leistungen der Sozialgesetzbücher zu betrachten. Die Aufgabe des Sozialgesetzbuches gemäß § 1 Sozialgesetzbuch (SGB) I ist es, durch die Rechtsanwendung des Sozialgesetzbuches, soziale Gerechtigkeit und Sicherheit zu verwirklichen. „[...] Es soll dazu beitragen, ein menschenwürdiges Dasein zu sichern, gleiche Voraussetzungen für die freie Entfaltung

der Persönlichkeit, insbesondere auch für junge Menschen, zu schaffen, die Familie zu schützen und zu fördern, den Erwerb des Lebensunterhalts durch eine frei gewählte Tätigkeit zu ermöglichen und besondere Belastungen des Lebens, auch durch Hilfe zur Selbsthilfe, abzuwenden oder auszugleichen“ (§ 1 Abs.1 SGB I). Um die Aufgaben des Sozialgesetzbuches erfüllen zu können sollen gemäß § 1 Abs. 2 SGB I ausreichend soziale Dienste und Einrichtungen zur Verfügung stehen.

Das deutsche Hilfesystem bietet viele und ausgefeilte Sozialleistungen an. Diese Leistungen sind an bestimmte, rechtlich definierte Personengruppen gerichtet. Die zu erbringenden Leistungen sind im Gesetz definiert und voneinander abgesteckt. Schwierig wird es demzufolge erst dann, wenn Menschen nicht eindeutig einer Personengruppe und einer Hilfeleistung zuzuordnen sind, sondern individuelle Angebote über die Grenzen der Paragraphen hinaus bedürfen (vgl. Heuser, Zimmermann 2002: 92). Die Zuschreibung von Menschen zu der einen oder anderen Personengruppe hat Konsequenzen. Beispiele für Konsequenzen, die aus der Zuschreibung zu einer bestimmten Personengruppe resultieren können, sind: Ausschluss von der Inanspruchnahme anderer Sozialleistungen, Stigmatisierungen, finanzielle Folgen für die anfragende Person, (ungewollter) Fokus auf eine Thematik, in der der Mensch Unterstützung braucht, wodurch andere Themen in den Hintergrund gestellt werden. Diese möglichen Konsequenzen können die Annahme der Hilfe aus Sicht der nachfragenden Personen unmöglich machen (vgl. ebd.: 92 – 93). In diesem Sinne geht es darum, dass sich die Hilfen an Menschen und nicht an Zielgruppen, welche von Hilfesystemen und Fachdisziplinen konstruiert werden, richten (vgl. Rohrman 2016: 833).

Wie in Punkt 2.3 dargelegt liegt dieser Arbeit die Lebensweltorientierte Sichtweise Sozialer Arbeit zugrunde. Es ist somit erforderlich die Lebenswelt des professionellen Hilfesystems zu betrachten und zu berücksichtigen. In der vorliegenden Arbeit wird das Hilfesystem der Wohnungslosenhilfe und die Hilfen der sozialpsychiatrischen Versorgung Berlins in den Blick genommen.

Wohnungslose Menschen finden sich zumeist in der Personenkreisdefinition gemäß § 67 SGB XII wieder und können demnach Leistungen gemäß § 68 SGB XII in Anspruch nehmen. Außerdem bestehen offene und niedrighschwellige Unterstützungsangebote der Wohnungslosenhilfe, die hier aufgeführt werden, um das Hilfesystem ganzheitlich darzustellen.

Psychisch kranke Menschen können Hilfen gemäß § 54 SGB XII erhalten, wenn ihre psychische Erkrankung eine seelische Behinderung gemäß § 53 SGB XII darstellt. Für psychisch kranke Menschen gibt es ebenfalls eine Vielzahl von niedrighschwelligem Angeboten, die nachfolgend aufgeführt werden. Hinzukommend werden die grundlegende

medizinische Behandlungsmöglichkeiten für psychisch kranke Menschen benannt. Die Hilfsangebote werden anhand der zugrunde liegenden Gesetze und den landesspezifischen Vorschriften im Einzelnen vorgestellt⁶.

Jeder Leistungserbringer, der Leistungen gemäß § 75 Abs. 3 SGB XII erbringt, muss laut Berliner Rahmenvertrag (BRV) gemäß § 79 Abs. 1 SGB XII für Hilfen in Einrichtungen einschließlich Diensten im Bereich Soziales in der Fassung vom 14.02.2017, eine Leistungsvereinbarung mit dem Sozialhilfeträger abschließen. Zu jeder Leistungsvereinbarung gehört ein einrichtungsindividuelles Konzept. Hilfen gemäß §§ 53 ff. SGB XII und §§ 67 ff. SGB XII werden nach Leistungstypen erbracht. Die im folgenden vorgestellten Leistungstypbeschreibungen bilden im Zusammenhang mit dem BRV die Grundlage jeder einrichtungsindividuellen Konzeption. Falls es Abweichungen von den Leistungstypbeschreibungen geben sollte, sind diese in den Leistungsvereinbarungen festzuhalten (vgl. Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales 2017 a: 5). Die konkrete Umsetzung der Angebote kann demnach von den Einrichtungen ausgestaltet werden, es können Schwerpunkte gesetzt und sehr unterschiedliche Angebote, trotz derselben Basis, entstehen. Es ist im Rahmen dieser Arbeit nicht möglich auf alle einrichtungsindividuellen Konzeptionen des Hilfesystems einzugehen und ihre Vielfalt zu berücksichtigen. Im Folgenden werden die bestehenden Strukturen des Hilfesystems abgebildet.

3.1 Wohnungslosenhilfe

Die sogenannte Regelversorgung für wohnungslose Menschen in Berlin besteht aus den Hilfen gemäß §§ 67 ff. SGB XII und der ordnungsrechtlichen Unterbringung. Für Menschen, die den Zugang zur Regelversorgung nicht finden, gibt es niedrigschwellige Angebote, die eine Notversorgung ermöglichen und einen Weg zur Regelversorgung für die Menschen schaffen sollen (vgl. Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales 2017 b: 2).

Im Folgenden wird zuerst auf die Unterbringungsmöglichkeiten und die niedrigschwelligen Angebote der Wohnungslosenhilfe eingegangen. Darauf folgend werden die Hilfeleistungen gemäß §§ 67 ff. SGB XII vorgestellt.

6 Auch diese Darstellung verkürzt die Vielfalt der möglichen Unterstützungsleistungen (beispielsweise Unterstützungsleistungen des SGB V, XI oder IX) für den benannten Personenkreis. Auf alle möglichen Hilfeleistungen einzugehen übersteigt den Rahmen dieser Arbeit.

3.1.1 Unterbringungsmöglichkeiten und niedrigschwellige Angebote der Wohnungslosenhilfe

Unterbringungsmöglichkeiten

Nach dem Grundgesetz muss jeder Mensch die Möglichkeit auf körperliche Unversehrtheit (vgl. Art. 2 Abs. 2 GG) und ein menschenwürdiges Leben haben. Dies zu achten und zu schützen ist eine staatliche Verpflichtung (vgl. Art. 1 Abs. 1 GG). Da Grundrechte durch Wohnungslosigkeit gefährdet sind, resultiert daraus die verpflichtende Aufgabe, wohnungslose Menschen, nach den Polizei- und Ordnungsgesetzen der Bundesländer, unterzubringen (vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. 2013: 2). Das Berliner Polizei- und Ordnungsgesetz nennt sich „Allgemeines Gesetz zum Schutz der öffentlichen Sicherheit und Ordnung in Berlin (Allgemeines Sicherheits- und Ordnungsgesetz – ASOG Bln)“. Aus diesem Grunde werden Unterkünfte für wohnungslose Menschen in Berlin ASOG Unterkünfte genannt. Dieser Terminus wird in dieser Arbeit ebenfalls verwendet.

Die Zuständigkeit der Bezirke ergibt sich gemäß Nr. 19 Abs. 1 ASOG Bln. Die Berliner Bezirke haben sich darauf geeinigt, die ASOG Unterkünfte überregional zu belegen. Die zentrale Belegungskoordination erfolgt über die Berliner Unterbringungsleitstelle (BUL) des Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin (LAGeSo) (vgl. Abgeordnetenhaus Berlin 2013 b: 1). Darüber hinaus können die Bezirksämter zu bezirkseigenen, kommunalen ASOG Unterkünften zuweisen, die nicht bei der BUL gelistet sind. Hinzukommend besteht die Möglichkeit, befristet zu Hostels oder Pensionen zuzuweisen (vgl. Abgeordnetenhaus Berlin 2015: 1).

Aufgrund der bezirklichen Zuständigkeit erfolgt die direkte Zuweisung der ASOG Unterkunft an den wohnungslosen Menschen nach persönlicher Vorsprache in der Fachstelle Soziale Wohnhilfe in dem jeweils zuständigen Berliner Bezirksamt (vgl. Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales. Abteilung Soziales o. J. a). Nach den „Ausführungsvorschriften über die örtliche Zuständigkeit für die Leistungen der Sozialhilfe nach dem SGB XII“ (AV ZustSoz) II 3.1 ist das Bezirksamt zuständig, in dem der nachfragende Mensch seine letzte zuständigkeitsbegründende Meldeadresse in Berlin hatte. Diese Zuständigkeit bleibt so lange bestehen, bis der Mensch in einem anderen Bezirk, durch ein privatrechtliches Mietverhältnis, eine zuständigkeitsbegründende Meldeadresse erhält. Wohnungslose Menschen ohne Meldeadresse in Berlin werden nach AV ZustSoz II 4, nach ihrem Geburtsmonat einem Bezirksamt zugeordnet (vgl. Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales 2013). Um eine Zuweisung zu einer ASOG Unterbringung zu erhalten, ist es demnach notwendig die geforderten Daten (letzte

Meldeanschrift oder Geburtsdatum) nachzuweisen. Es ist somit erforderlich ein Ausweisdokument vorzulegen, um die Zuweisung zu einer ASOG Unterkunft zu erhalten. Wenn der wohnungslose Mensch die Kosten der ASOG Unterkunft nicht zahlen kann, ist der zuständige Träger der Sozialleistungen nach SGB II oder SGB XII zur Kostenübernahme der Unterkunftskosten verpflichtet (vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. 2013: 2). Die Aufnahme in eine ASOG Unterkunft erfolgt durch den Betreiber erst dann, wenn die Kostenübernahme geklärt ist. Werden die Kosten für die Unterkunft durch SGB II oder SGB XII Leistungen getragen gilt die Kostenübernahme maximal so lange, wie der aktuelle Sozialleistungsbescheid gültig ist. Die Unterkunftsbetreiber sind zur Rechnungsstellung und zum Nachweis der erbrachten Leistungen verpflichtet. Sowohl der/ die Leistungsempfänger*in als auch die Unterkunftsbetreiber müssen den Leistungsempfang, an den in Rechnung gestellten Tagen, bestätigen (vgl. Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales o. J. a.). Nach einer Abwesenheit der Leistungsberechtigten von mehr als drei Tagen kommt es in der Praxis häufig zum Verlust der ASOG Unterbringung. Bei Abwesenheit der Leistungsberechtigten erhalten die Unterkunftsbetreiber keine Gelder.

Es bestehen „Mindestanforderungen für nicht vertragsgebundene Obdachlosenunterkünfte“, woraus hervorgeht, dass die Qualifikationen und die Anzahl für das Personal der ASOG Unterkünfte nicht festgelegt sind. Es muss acht Stunden täglich ein*e Ansprechpartner*in für die Menschen vor Ort sein. Darüber hinaus muss eine Rufbereitschaft bestehen (Wachdienst). Es dürfen maximal Vierbettzimmer vergeben werden. Die Mindestquadratmeterzahl der Zimmer ist festgeschrieben. Einzelzimmer müssen mindestens neun Quadratmeter groß sein und ein Vierbettzimmer mindestens achtundzwanzig Quadratmeter (vgl. Abgeordnetenhaus Berlin 2013 a: Anlage 1).

Niedrigschwellige Angebote der Wohnungslosenhilfe

Neben zeitlich befristeten, zugewiesenen ASOG Unterkünften besteht in Berlin die Möglichkeit Notübernachtungen aufzusuchen. Notübernachtungen bieten einen Nachtaufenthalt mit Bettenangebot, Teilverpflegung, die Möglichkeit zur Nutzung sanitärer Anlagen sowie Informations- und Beratungsangebote. Die Versorgung durch eine Notübernachtung ist zeitlich begrenzt. Ob eine Versorgung länger als drei Tage erfolgen kann, steht damit im Zusammenhang, ob der hilfeschuchende Mensch bereit ist weiterführende Hilfen in Anspruch zu nehmen (vgl. Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin 2012: 22). Die meisten Notübernachtungen befristen die Aufenthaltsdauer auf 14 Tage (vgl. Russo, Fink 2003: 18). Es bestehen keine Zugangsvoraussetzungen um

das Angebot in Anspruch nehmen zu können. In Abbildung 2 sind Unterbringungsmöglichkeiten für wohnungslose Menschen zusammenfassend dargestellt. Neben Notübernachtungen bestehen weitere niedrigschwellige Hilfs- und Beratungsangebote, ohne Zugangsvoraussetzungen, für wohnungslose Menschen in Berlin: Bahnhofsdienste zur Versorgung und Beratung, Straßensozialarbeit zur Beratung und Vermittlung, ambulante medizinische Versorgung zur medizinischen Grundversorgung, sozialen Beratung und Vermittlung, allgemeine Beratungsstellen und Beratungsstellen der Straffälligenhilfe zur Beratung und Vermittlung, Treffpunkte und Wärmestuben zum Tagesaufenthalt mit der Nutzungsmöglichkeit sanitärer Anlagen, Wäschepflege und Beratung und die Kältehilfe von November bis April zum Tages- und/oder Nachtaufenthalt mit Teilverpflegung (vgl. Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales 2007). Alle niedrigschwelligen Beratungs- und Versorgungsangebote der Wohnungslosen- und Straffälligenhilfe, bis auf die Kältehilfe, Treffpunkte und Wärmestuben, werden im Rahmen des Integrierten Sozialprogramms (ISP) angeboten. Das Ziel dieser Angebote ist es die nachfragenden Menschen in die Regelversorgung zu vermitteln (vgl. Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales o. J. b: 52). Das ISP ist eines von drei Förderprogrammen des Rahmenfördervertrages zwischen dem Land Berlin und der LIGA der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege in Berlin (LIGA) zur Förderung gesamtstädtisch ausgerichteter zugewandungsfinanzierter Projekte (vgl. ebd.: 6). Die Kältehilfe, Treffpunkte und Wärmestuben (Wohnungslosentagesstätten) sind bezirkliche Angebote, die die Bezirke nach dem Allgemeinen Zuständigkeitsgesetz (AZG) wahrnehmen (vgl. Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales 2017 b: 3). Die niedrigschwelligen Hilfsangebote der Wohnungslosenhilfe sind zur Übersicht in Abbildung 3 aufgeführt.

Unterbringungsmöglichkeiten der Wohnungslosenhilfe			
	Notübernachtungen (vgl. vgl. Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin 2012: 22)	Kältehilfe (vgl. Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales 2017 b: 3) (vgl. Gebewo Pro gGmbH o. J.) (vgl. Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales 2007)	ASOG Unterkünfte (vgl. Abgeordnetenhaus Berlin 2013 a: Anlage 1)
Zielgruppe	Wohnungslose Menschen, die auf der Straße leben, den Zugang zum Hilfesystem der Regelversorgung nicht finden und nicht in der Lage sind ihre primären Lebensbedürfnisse zu decken.	Wohnungslose Menschen, die auf der Straße leben, den Zugang zum Hilfesystem der Regelversorgung nicht finden und nicht in der Lage sind ihre primären Lebensbedürfnisse zu decken.	Wohnungslose Menschen.
Spezifisches Angebot, Spezifisches Ziel	Ein begrenztes Hilfsangebot zur Führung eines menschenwürdigen Lebens bereitstellen. Zugang zur Grundversorgung in den Bereichen Ernährung, Hygiene und Gesundheitspflege. Hilfen nach dem Sozialgesetzbuch in Anspruch nehmen. 3 -4 Bettzimmer als Übernachtungsplätze, Gemeinschaftsräume, Duschen und Toiletten.	Sonderprogramm zur Bereitstellung von Notschlafplätzen von November bis April. Der Kältebus sucht Menschen auf und versorgt sie vor Ort oder bringt sie in Notunterkünfte um Menschen vor dem Erfrierungstod zu schützen.	Unterbringung nach dem Allgemeinen Sicherheits- und Ordnungsgesetz Berlin. Maximal Vierbettzimmer Mindestquadratmeterzahlen: Einzelzimmer 9 m ² Doppelzimmer 15 m ² Dreibettzimmer 22 m ² Vierbettzimmer 28 m ²
Leistungsumfang	Unterkunft mit ausgewiesenen Öffnungs- und Präsenzzeiten.	Notschlafplätze von November bis April.	8 Stunden pro Tag soll ein*e Ansprechpartner*in zur Verfügung stehen. Darüber hinaus ist eine Rufbereitschaft (Wachschutz) vorzuhalten.
Qualifikation des Personals	Staatlich anerkannte Sozialarbeiter*innen oder Mitarbeiter*innen mit gleichwertigen Fähigkeiten und Erfahrungen zur Verrichtung der Tätigkeiten. Es können auch angelernte Arbeitskräfte eingesetzt werden.	Mitarbeiter*innen verschiedener Träger, Ehrenamtliche.	Unterbringungsbetreiber*innen müssen Personal für die Verwaltung und für die Betreuung der untergebrachten Personen bereithalten.
Art der Leistung	Information Beratung Versorgung	Information Beratung Versorgung	Unterkunft

Abbildung 2: Unterbringungsmöglichkeiten der Wohnungslosenhilfe

Niedrigschwellige Angebote der Wohnungslosenhilfe

(vgl. Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin 2012)

	Beratungsstellen	Praxen für Wohnungslose/ Arztmobil	Bahnhofsdienste	Straßensozialarbeit	Wärmestuben/ Treffpunkte (Wohnungslosentages- stätten)
Zielgruppe	Wohnungslose Menschen, die den Zugang zum Hilfesystem der Regelversorgung nicht finden und nicht in der Lage sind ihre primären Lebensbedürfnisse zu decken.	Wohnungslose Menschen, die medizinische Versorgung benötigen, aber aufgrund formaler oder persönlicher Hürden, nicht in der Lage sind das Regelsystem der Krankenversorgung zu nutzen.	Wohnungslose Menschen, die den Zugang zum Hilfesystem der Regelversorgung nicht finden und nicht in der Lage sind ihre primären Lebensbedürfnisse zu decken.	Wohnungslose Menschen, die den Zugang zum Hilfesystem der Regelversorgung nicht finden und nicht in der Lage sind ihre primären Lebensbedürfnisse zu decken.	Wohnungslose Menschen, die den Zugang zum Hilfesystem der Regelversorgung nicht finden und nicht in der Lage sind ihre primären Lebensbedürfnisse zu decken.
Spezifisches Angebot, Spezifisches Ziel	Befähigung zur Inanspruchnahme von Hilfeleistungen. Sicherung eines menschenwürdigen Lebens. Befähigung zur Selbsthilfe, zur Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft.	(Anonyme) medizinische Versorgung für Menschen die nicht in der Lage sind das Regelsystem der Krankenversorgung zu nutzen. Integration in das Gesundheits- und Sozialsystem um weiterführende Behandlung zu ermöglichen. Zugang zu den Menschen durch Behandlung schaffen. Verbesserung des Gesundheitszustandes oder Verschlechterung des Gesundheitszustands vermeiden.	Befähigen zur Inanspruchnahme von Hilfeleistungen. Sicherung eines menschenwürdigen Lebens. Befähigung zur Selbsthilfe, zur Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft.	Befähigen zur Inanspruchnahme von Hilfeleistungen. Sicherung eines menschenwürdigen Lebens. Befähigung zur Selbsthilfe, zur Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft.	Suppenküchen
Leistungsumfang	Beratungsstelle mit ausgeschriebenen Öffnungszeiten. Aufsuchende Arbeit wenn nötig.	Mindestsprechzeit von 18 Stunden in der Woche. Bei jedem/ jeder Patient*in individueller Zeitaufwand nach Krankheitsbild und Verfassung. Aufsuchende Arbeit wenn nötig.	Anlaufstelle im oder am Bahnhof.	Straßensozialarbeit. Aufsuchend tätig.	
Qualifikation des Personals	Staatlich anerkannte Sozialarbeiter*innen oder Mitarbeiter*innen mit gleichwertigen Fähigkeiten und Erfahrungen zur Verrichtung der Tätigkeiten.	Interdisziplinäres Team: mindestens medizinische und sozialpädagogische Fachkompetenzen im Team. Pflegefachkräfte sind ebenfalls gewünscht. Ärztliche Tätigkeiten dürfen nur durch approbierte Ärzt*innen erbracht werden.	Staatlich anerkannte Sozialarbeiter*innen oder Mitarbeiter*innen mit gleichwertigen Fähigkeiten und Erfahrungen zur Verrichtung der Tätigkeiten. Es können auch angelernte Arbeitskräfte und Ehrenamtliche eingesetzt werden.	Staatlich anerkannte Sozialarbeiter*innen oder Mitarbeiter*innen mit gleichwertigen Fähigkeiten und Erfahrungen zur Verrichtung der Tätigkeiten.	Ehrenamtliche
Art der Leistung	Information Beratung Versorgung (bezogen auf Kleidung, Fahrscheine, Verpflegung, Körperhygiene, Wäschepflege, Erste Hilfe)	Medizinische Grundversorgung Grundpflege Beratung Ggf. Übernahmeleistungen (Unterkunftssuche, Suche nach Behandlungsmöglichkeiten, Schriftverkehr und Telefonate als Koordinierungstätigkeit)	Information Beratung, Versorgung (bezogen auf Kleidung, Fahrscheine, Verpflegung, Körperhygiene durch stationäre Einrichtungen, Begleitung)	Information Beratung Versorgung (bezogen auf Verpflegung, Fahrscheine, Erste Hilfe, ggf. Bekleidung, ggf. Kondome)	Tagesaufenthalt mit Nutzungsmöglichkeit von sanitäre Einrichtungen Wäschepflege Beratung Versorgung

Abbildung 3: Niedrigschwellige Angebote der Wohnungslosenhilfe

3.1.2 Hilfeleistungen gemäß §§ 67 ff. SGB XII

Wohnungslose Menschen können Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten gemäß §§ 67 ff. SGB XII erhalten. Die Definition der leistungsberechtigten Personen gemäß § 67 SGB XII lautet:

„Personen, bei denen besondere Lebensverhältnisse mit sozialen Schwierigkeiten verbunden sind, sind Leistungen zur Überwindung dieser Schwierigkeiten zu erbringen, wenn sie aus eigenen Kräften hierzu nicht fähig sind. [...]“.

Die Voraussetzungen für besondere soziale Schwierigkeiten sind besondere Lebensverhältnisse, die bereits bestehen oder einzutreten drohen. Das Leben in der Gemeinschaft ist durch die besonderen Lebensverhältnisse beeinträchtigt und die betreffende Person ist nicht in der Lage und nicht fähig, die besonderen Lebensverhältnisse aus eigenen Kräften zu überwinden (vgl. Lutz, Simon 2012: 97).

Besondere Lebensverhältnisse lassen sich durch Unterversorgung im Wohnen, in der wirtschaftlichen Situation, im Bereich Arbeit und Ausbildung und im Bereich soziale und kulturelle Teilhabe bestimmen. Soziale Schwierigkeiten stehen im Zusammenhang mit den besonderen Lebensverhältnissen und sind daran zu erkennen, dass die Betroffenen nicht lösungsorientiert an der Beseitigung der besonderen Lebensverhältnisse arbeiten, sondern ihre Situation durch ihr Verhalten verschlimmern, ihre Teilnahme am gesellschaftlichen Leben gefährdet ist oder sie bereits ausgegrenzt sind (vgl. ebd.: 99). Besondere Lebensverhältnisse in Verbindung mit sozialen Schwierigkeiten können aus folgenden Bedingungen entstehen:

„[...] einer fehlenden oder nicht ausreichenden Wohnung, ungesicherten wirtschaftlichen Lebensgrundlagen, der Entlassung aus einer geschlossenen Einrichtung, gewaltgeprägten Lebensumständen, vergleichbar nachteiligen Umständen.“ (ebd.).

Gemeinsames Ziel aller Hilfemaßnahmen gemäß §§ 67 ff. SGB XII ist es, den Menschen dazu zu befähigen, seine besonderen Lebensverhältnisse zu überwinden. Die allgemeinen Zielsetzungen in den Leistungstypbeschreibungen lautet:

- „- Befähigung zu einem Leben ohne fremde Hilfe außerhalb von Einrichtungen und/ oder
- Milderung der sozialen Schwierigkeiten und Vorbereitung auf andere Hilfeformen und/ oder
- Verhinderung von Verschlimmerung der Schwierigkeiten und Vorbereitung auf spezialisierte Leistungsangebote
- Wiederherstellung und Festigung familiärer und/ oder sozialer Kontakte“ (Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales 2014 d: 1).

Der Gesetzgeber gibt im § 68 Abs. 1 SGB XII an, dass das Ziel aller Maßnahmen die Abwendung, Beseitigung, Milderung und/ oder Verhinderung von Verschlimmerung der Schwierigkeiten ist. Der Schwerpunkt der Hilfeleistung liegt gemäß § 68 Abs. 1 SGB XII darin, eine Ausbildung oder eine Arbeitsstelle zu erlangen oder zu sichern, eine Wohnung

zu erhalten oder zu beschaffen und den/ die Leistungsberechtigte*n und seine/ ihre Angehörigen durch Beratung und Betreuung dabei zu unterstützen. Der Inhalt der Leistung wird in einem individuellen Hilfeplan beschrieben. Darin wird dargelegt, auf welchem Wege die unterschiedlichen Hilfeziele im Planungszeitraum erreicht werden sollen. Der Umfang der Leistung bemisst sich nach dem in der jeweiligen Leistungstypbeschreibung angegebenen Personalschlüssel, der sich an einer Wochenarbeitszeit von 38,5 Stunden bei einer Vollzeitstelle berechnet (vgl. ebd.: 2).

Die Hilfeleistung wird von staatlich anerkannten Sozialarbeiter*innen oder Fachkräften, die durch ihre gleichwertigen Erfahrungen und Fähigkeiten befähigt sind, erbracht (vgl. ebd.: 4). Die Dauer der Hilfemaßnahmen können sehr unterschiedlich sein. In einer Studie von Gerull und Merckens zum Erfolg von Hilfen gemäß §§ 67 ff. SGB XII wird die Dauer der Hilfemaßnahmen zwischen unter einem Monat und 28 Monaten benannt. Der Median der von ihnen ausgewerteten Hilfen liegt bei einer Hilfedauer von sechs Monaten (vgl. Gerull, Merckens 2012: 76). In der Praxis wird laut des Gesamtberichtes 2005 des, Forschungsverbundes Wohnungslosigkeit und Hilfen in Wohnungsnotfällen, eine häufig gesteckte zeitliche Obergrenze der Hilfeerbringung von 18 Monaten benannt. Diese Obergrenze beruht auf keiner rechtlichen Basis. In der Hilfeerbringung kann dadurch Zeit- und Leistungsdruck für die Klient*innen entstehen. Leistungserbringer verweisen immer wieder darauf, dass dies für eine Gruppe an Klient*innen kontraproduktiv ist und eine langfristige Hilfe zielführender sei. Das Überschreiten der inoffiziellen Obergrenze wird in Ausnahmefällen gewährt (vgl. Forschungsverbund Wohnungslosigkeit und Hilfen in Wohnungsnotfällen o. J.: 82 – 83).

3.1.2.1 Zugangsvoraussetzungen zu Hilfeleistungen gemäß §§ 67 ff. SGB XII

Die Leistungen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten werden gemäß § 68 Abs. 2 SGB XII unabhängig von Einkommen und Vermögen der Hilfesuchenden erbracht. Es ist trotzdem erforderlich, dass die Hilfesuchenden den Antragsbogen auf Sozialhilfe als Selbstauskunft ausfüllt (vgl. Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales 2017 a: 11). Gemäß § 67 S. 2 SGB XII gehen alle anderen Leistungen des zwölften und die des achten Gesetzbuches, die den Bedarf der Hilfesuchenden decken könnten, der Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten voraus.

Der BRV bildet die Grundlage der Hilfeerbringung. Der Vertrag wurde zwischen dem Land Berlin, der LIGA Berlin und der Vereinigung anderer Trägereinrichtungen geschlossen. Um eine Hilfe gemäß §§ 67 ff. SGB XII zu erhalten, muss der/ die Hilfesuchende seinen/ ihren Bedarf gegenüber dem Träger der Sozialhilfe äußern. Damit ist dieser verpflichtet, nach Prüfung der sozialhilferechtlichen Anspruchsvoraussetzung, die Hilfe zu leisten und

den Hilfebedarf festzustellen (vgl. ebd.: 7). Spätestens innerhalb von sechs Wochen nach Bekanntwerden des Bedarfs des/ der Hilfesuchenden, Vorliegen des Erstkontaktbogens, einer Ersteinschätzung des Hilfebedarfs durch eine sozialpädagogische Stellungnahme und einer persönlichen Vorsprache bei dem Träger der Sozialhilfe, teilt der Kostenträger dem Leistungserbringer mit ob, ab wann und in welchem Leistungstyp eine Kostenübernahme erfolgt (vgl. ebd.: 10).

Die Beantragung der Hilfe gemäß §§ 67 ff. SGB XII bei der Sozialen Wohnhilfe des zuständigen Bezirksamtes erfolgt, wie bereits bei der Zuweisung zu einer ASOG Unterkunft beschrieben, in dem Bezirk, in dem der/ die Hilfesuchende seine/ ihre letzte zuständigkeitsbegründende Meldeadresse hatte. Die Zuständigkeit des Bezirksamtes bleibt nach AV ZustSoz II 3.1 so lange bestehen, bis der Leistungsberechtigte einen privaten Mietvertrag abgeschlossen hat und eine neue zuständigkeitsbegründende Meldeadresse erhält (vgl. Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziale 2013). Die Hilfe kann in jedem Bezirk geleistet werden und ist nicht an den Bezirk der letzten zuständigkeitsbegründenden Meldeadresse gekoppelt. In dringenden Fällen, in denen eine akute Nichtversorgung des/ der Hilfesuchenden droht kann die Zustimmung des Trägers der Sozialhilfe unverzüglich erfolgen (vgl. Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales 2017 a: 10). Der Träger der Sozialhilfe hat in dringenden Fällen eine Woche Zeit, bis er die Entscheidung trifft ob, ab wann und in welchem Leistungstyp die Kostenübernahme erfolgt. Das Vorliegen der oben benannten Unterlagen ist in diesem Fall ebenfalls notwendig. Spätestens sechs Wochen nach Maßnahmebeginn ist der Leistungserbringer verpflichtet dem Leistungsträger einen Hilfeplan vorzulegen (vgl. Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales 2014 d: 3). Die Hilfemaßnahme wird in der Regel für einen Zeitraum von zwei bis sechs Monaten gewährt. Falls über den Bewilligungszeitraum hinaus ein Hilfebedarf besteht, muss ein Weiterbewilligungsantrag durch den/ die Hilfesuchende*n gestellt werden, es sollte ein persönliches Gespräch mit dem Träger der Sozialhilfe erfolgen (vgl. Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales 2017 a: 11). Eine fortlaufende Hilfeplanung wird von dem Leistungserbringer eingefordert.

3.1.2.2 Leistungstypbeschreibungen der Hilfeleistungen gemäß §§ 67 ff. SGB XII

In der Anlage 1 e zum BRV sind die Leistungsbeschreibungen für den Personenkreis gemäß § 67 SGB XII aufgeführt. Es bestehen sechs Leistungsbeschreibungen mit leistungstypspezifischen Regelungen, die im Folgenden aufgeführt werden. Eine zusammenfassende Gegenüberstellung der Hilfeleistungen gemäß §§ 67 ff. SGB XII ist in Abbildung 4 erstellt.

Hilfeleistungen gemäß §§ 67 ff. SGB XII

(vgl. Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales 2017 a: Anlage 1 e)

	Wohnungserhalt und Wohnungserlangung	Betreutes Einzelwohnen	Betreutes Gruppenwohnen	Betreutes Gruppenwohnen für ehemals Drogenabhängige	Übergangshaus	Kriseneinrichtung
Zielgruppe	Personen, die der Beratung bedürfen, um ihre Fähigkeiten zum eigenständigen Wohnen erhalten zu können.	Personen, die zur Überwindung der sozialen Schwierigkeiten und Weiterentwicklung der Fähigkeiten zum eigenständigen Wohnen der Beratung und Anleitung bedürfen	Personen, die zur Überwindung der sozialen Schwierigkeiten und Weiterentwicklung der teilweise vorhandenen Fähigkeiten zum eigenständigen Wohnen der Beratung, Anleitung und Unterstützung bedürfen.	Personen, deren abgeschlossene Drogentherapie (Therapiezeit 3-10 Monate) nicht länger als 6 Monate zurückliegt und die zur Überwindung der sozialen Schwierigkeiten und Weiterentwicklung der teilweise vorhandenen Fähigkeiten zum eigenständigen Wohnen der Beratung, Anleitung und Unterstützung bedürfen.	Personen, die der Beratung, Anleitung, Unterstützung und teilweise der Übernahme bedürfen, um Grundlagen zum eigenständigen Wohnen zu entwickeln.	Personen, die auf der Basis von Kriseninterventionsarbeit sofortiger Leistungen in Form von Unterstützung und Übernahme bedürfen, um eine akute psychosoziale Notlage zu überwinden.
Spezifische Angebot, Spezifische Ziel	Die Maßnahmen sollen zur Wohnungsanmietung und/oder zum Wohnraumerhalt beitragen und zu einer eigenständigen und eigenverantwortlichen Lebens- und Haushaltsführung befähigen. Ambulante Dienstleistung.	Die Maßnahmen sollen zu einer eigenständigen und eigenverantwortlichen Lebens- und Haushaltsführung in eigenem Wohnraum befähigen. Anzustreben ist, dass bei Abschluss der Maßnahme pro Haushalt eine mietvertraglich abgesicherte Wohnung zur Verfügung steht. Ambulante Dienstleistung.	Die Maßnahmen sollen zu einer eigenständigen und eigenverantwortlichen Lebens- und Haushaltsführung in eigenem Wohnraum befähigen. Anzustreben ist, dass bei Abschluss der Maßnahme pro Haushalt eine mietvertraglich abgesicherte Wohnung zur Verfügung steht. Ambulante Dienstleistung.	Die Maßnahmen sollen zu einer eigenständigen und eigenverantwortlichen Lebens- und Haushaltsführung in eigenem Wohnraum befähigen. Ziel der Hilfe ist auch, den vorangegangenen Behandlungserfolg zu festigen und ein drogen- und suchtmittelfreies Leben zu führen. Anzustreben ist, dass bei Abschluss der Maßnahme pro Haushalt eine mietvertraglich abgesicherte Wohnung zur Verfügung steht. Ambulante Dienstleistung.	Die Maßnahmen sollen Grundlagen zu einer eigenständigen und eigenverantwortlichen Lebensführung vermitteln und eine Weiterführung der Leistungen im Rahmen ambulanter Hilfen ermöglichen. In der Regel soll bei Abschluss der Maßnahme eine Vermittlung in eine bedarfsorientierte Anschlusshilfe erfolgen. Stationäre Einrichtung.	Die Maßnahmen sollen eine persönliche Stabilisierung bewirken und die Leistungsberechtigten in die Lage versetzen, bedarfsorientierte Anschlusshilfen in Anspruch zu nehmen, in die sie vermittelt werden. Die Hilfe zielt insbesondere auf die Abwehr von Tendenzen zur Eigen- und/oder Fremdgefährdung, eine persönliche und ggf. gesundheitliche (schließt psychische und somatische Gesundheit ein) sowie soziale Grundstabilisation und die Motivierung zur Weitervermittlung in ein anderes, bedarfsgerechtes Leistungsangebot. Es besteht die Möglichkeit zur sofortigen Aufnahme. Stationäre Einrichtung.
Leistungsumfang	Keine tägliche aber regelmäßige sozialpädagogische Unterstützung. Personalschlüssel 1 zu 14,9	Keine tägliche aber regelmäßige sozialpädagogische Unterstützung. Personalschlüssel 1 zu 11,4	Keine tägliche aber regelmäßige sozialpädagogische Unterstützung. Personalschlüssel 1 zu 8,8	Keine tägliche aber regelmäßige sozialpädagogische Unterstützung. Personal mit nachweislicher Erfahrung im Drogenhilfebereich Personalschlüssel 1 zu 14,7	Der Personenkreis benötigt Leistungen/ Präsenz von sozialpädagogischen Fachkräften an 5 Tagen in der Woche. Personalschlüssel 1 zu 7,7	Der Personenkreis benötigt ständige Leistungen/ Präsenz von sozialpädagogischen Fachkräften mit Ausnahme der Nachtbereitschaftzeiten. Personalschlüssel 1 zu 2,2
Art der Leistung	Information Beratung Anleitung Unterstützung	Information Beratung Anleitung Unterstützung Übernahme	Information Beratung Anleitung Unterstützung Übernahme	Information Beratung Anleitung Unterstützung Übernahme Unterkunft	Information Beratung Anleitung Unterstützung Übernahme Unterkunft	Information Beratung Anleitung Unterstützung Übernahme Krisenintervention Unterkunft
Räumliche Standards		1 – 2 Zimmer, nur in Ausnahmefällen Wohnung für 2 Leistungsberechtigte, jeweils mit einem Einzelzimmer, kein Gemeinschaftsraum nötig, falls 2 Bewohner*innen in einer Wohnung leben werden Küche und Sanitärbereich gemeinschaftlich genutzt	3 – 8 Zimmer Wohnung, Einzelzimmer für jeden/ jede Leistungsberechtigte*n, ab 5 Leistungsberechtigten mindestens ein Gruppenraum, Küche und Sanitärbereich werden gemeinschaftlich genutzt	3 – 8 Zimmer Wohnung, Einzelzimmer für jeden/ jede Leistungsberechtigte*n, ab 5 Leistungsberechtigten mindestens ein Gruppenraum, Küche und Sanitärbereich werden gemeinschaftlich genutzt	Nur Einzelzimmer, Gemeinschaftsfläche richtet sich nach Bewohner*innenzahl, Küche und Sanitärbereich werden gemeinschaftlich genutzt	Mindestens 20 % Einzelzimmer, Maximal 80 % Doppelzimmer, Gemeinschaftsfläche richtet sich nach Bewohner*innenzahl, Küche und Sanitärbereich werden gemeinschaftlich genutzt

Abbildung 4: Hilfeleistungen gemäß §§ 67 ff. SGB XII

Wohnungserhalt und Wohnungserlangung

Der Leistungstyp Wohnungserhalt und Wohnungserlangung hat den geringsten Leistungsumfang der Leistungstypen der Hilfen gemäß §§ 67 ff. SGB II, mit einem Stellenschlüssel von 1 zu 14,9 (vgl. Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales 2014 c: 2). Dieser Leistungstyp betrifft Menschen, die Beratung benötigen, um weiterhin alleine wohnen zu können. Das spezifische Ziel der Maßnahme ist es, dass die Hilfesuchenden durch Information, Beratung, Anleitung und Unterstützung eine eigene Wohnung anmieten und/ oder ihre Wohnung erhalten können. Außerdem steht die Befähigung zur eigenständigen und eigenverantwortlichen Lebens- und Haushaltsführung im Vordergrund der Hilfe (vgl. ebd.: 1). In diesem Leistungstyp sind keine räumlichen Mindeststandards benannt. Demnach werden keine Wohnmöglichkeiten zur Verfügung gestellt.

Betreutes Einzelwohnen

Das Betreute Einzelwohnen stellt ebenfalls eine ambulante Dienstleistung dar. Obwohl die Leistungsarten mit Information, Beratung, Anleitung, Unterstützung und zeitweise Übernahme, keine Unterkunft beinhalten, kann es sein, dass der Leistungserbringer sogenannte Trägerwohnungen (siehe Punkt 3.1.2.3) für die Hilfesuchenden bereitstellt. Die Bereithaltung einer Unterkunft wird nicht von dem Sozialhilfeträger mitfinanziert, in der Anlage 2 der Leistungstypbeschreibung sind trotzdem räumliche Mindeststandards für das Betreute Einzelwohnen benannt (vgl. Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales 2014 d: 7). Nach der Leistungstypbeschreibung des Betreuten Einzelwohnens liegt das Spezifikum der Hilfemaßnahme in der Weiterentwicklung der Fähigkeiten der Hilfesuchenden zum eigenständigen Wohnen und der Überwindung ihrer sozialen Schwierigkeiten durch Beratung und Anleitung durch Sozialpädagog*innen. Der Kontakt zum Fachpersonal ist, wie bei dem Leistungstyp Wohnungserhalt und Wohnungserlangung, regelmäßig aber nicht täglich notwendig (vgl. ebd.: 1). Der Stellenschlüssel im Betreuten Einzelwohnen liegt bei 1 zu 11,4 (vgl. ebd.: 2). Das Ziel ist es, dass Klient*innen nach Abschluss der Hilfemaßnahme zur eigenständigen und eigenverantwortlichen Lebens- und Haushaltsführung in eigenem Wohnraum in der Lage sind. Ein gesichertes Mietverhältnis zum Maßnahmenende ist bei allen ambulanten Dienstleistungen gemäß §§ 67 ff. SGB XII ein Ziel (vgl. ebd : 1).

Betreutes Gruppenwohnen

Die Ziele des Betreuten Gruppenwohnens unterscheiden sich laut Leistungstypbeschreibungen nicht von denen des Betreuten Einzelwohnens. Die

Unterscheidung, die in den Leistungstypbeschreibungen gemacht wird, ist in den spezifischen Ergänzungen zu finden. Während im Betreuten Einzelwohnen von den Fähigkeiten der Person zum eigenständigen Wohnen gesprochen wird (vgl. Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales 2014 d: 1), ist im Betreuten Gruppenwohnen von Personen mit teilweise vorhandenen Fähigkeiten zum eigenständigen Wohnen die Rede (vgl. Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales 2014 e: 1). Obwohl die Arten der Leistungen mit denen des Betreuten Einzelwohnens übereinstimmen, wird bei der spezifischen Ergänzung zum Betreuten Gruppenwohnen, neben Beratung und Anleitung zur Weiterentwicklung der eigenen Fähigkeiten, Unterstützung als Leistungsart hinzugefügt. Der entscheidende Unterschied liegt im höheren Betreuungsschlüssel, der bei 1 zu 8,8 liegt (vgl. ebd.: 2). Auch im Betreuten Gruppenwohnen ist die Unterbringung nicht unter der Art der Leistung aufgeführt. Die Leistung gilt als ambulant. Wie auch schon im Betreuten Einzelwohnen sind trotzdem räumliche Mindeststands für den Leistungstyp des Betreuten Gruppenwohnens benannt. Es sind ausschließlich Einzelzimmer in den räumlichen Standards für das Betreute Gruppenwohnen verzeichnet (vgl. ebd: 7).

Betreutes Gruppenwohnen für ehemals Drogenabhängige nach abgeschlossener Therapie

In den spezifischen Ergänzungen zu dem Leistungstyp Betreutes Gruppenwohnen für ehemals Drogenabhängige nach abgeschlossener Therapie ist in Abgrenzung zum Betreuten Gruppenwohnen die Personengruppe genauer beschrieben. Dieser Leistungstyp kommt für Menschen in Frage, die vor nicht mehr als sechs Monaten eine (3 – 10 monatige) Drogentherapie abgeschlossen haben (vgl. Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales 2014 f: 1). Ergänzend zu den bereits benannten Zielen des Betreuten Gruppenwohnens, wie auch des Betreuten Einzelwohnens, sollen in diesem Leistungstyp auch die Behandlungserfolge aus der Drogentherapie gefestigt und der Mensch bestärkt werden, ein drogen- und suchtmittelfreies Leben zu führen. Rückfallprophylaxen stellen eine spezifische Leistung in diesem Leistungstyp dar. Im Gegensatz zu den vorherigen Leistungstypen gehört im Betreuten Gruppenwohnen für ehemals Drogenabhängige die Unterkunft mit zur Leistungsart, auch wenn das Betreute Gruppenwohnen für ehemals Drogenabhängige ebenfalls eine ambulante Dienstleistung ist (vgl. ebd.: 2). Die festgelegten räumlichen Mindeststandards sind dieselben wie im Betreuten Gruppenwohnen. Der Betreuungsschlüssel ist mit 1 zu 14,7 deutlich geringer als im Betreuten Gruppenwohnen (vgl. ebd.: 3).

Kriseneinrichtungen

Die Kriseneinrichtung ist im Gegensatz zu den bisher aufgeführten Leistungstypen eine stationäre Einrichtung im Rahmen der Hilfen gemäß §§ 67 ff. SGB XII. Diese Art der Hilfeleistung ist für Menschen vorgesehen, die sich in akuten psychosozialen Notlagen befinden und umgehende Unterstützung und Übernahme benötigen, um die psychosoziale Notlage überwinden zu können. Zum Umsetzen der Kriseninterventionsarbeit ist es notwendig, dass das sozialpädagogische Fachpersonal, bis auf die Nachtbereitschaftszeiten, stetig präsent ist (vgl. Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales 2014 h: 1). Der Betreuungsschlüssel liegt hier bei 1 zu 2,2 (vgl. ebd.: 3). Die Maßnahme dient zur persönlichen und gesundheitlichen Stabilisierung, zur Abwehr von Eigen- und/ oder Fremdgefährdung und hat zum Ziel den Menschen dazu zu befähigen eine bedarfsgerechte Anschlusshilfe in Anspruch zu nehmen und ihn dorthin weiterzuvermitteln (vgl. ebd.: 1). Dazu stehen als Arten der Hilfeleistung Information, Beratung, Anleitung, Unterstützung, Übernahme, Krisenintervention und Unterkunft zur Verfügung. Für die Unterkunft sind räumliche Mindeststandards festgelegt, woraus hervorgeht, dass mindestens 20 % der Plätze Einzelzimmer sein müssen (vgl. ebd.: 8). Kriseneinrichtungen haben die Möglichkeit ein gesondertes Aufnahmeverfahren zu nutzen, das in der Leistungstypbeschreibung beschrieben ist. Dadurch wird es möglich Menschen mit entsprechendem Hilfebedarf täglich und rund um die Uhr in eine Kriseneinrichtung aufzunehmen. Der Leistungserbringer nimmt unverzüglich Kontakt mit dem Leistungsträger auf, woraufhin der Leistungsträger eine Hilfebedarfsfeststellung und Prüfung der Anspruchsvoraussetzung vornimmt und über eine Kostenübernahme entscheidet. Der Leistungserbringer ist verpflichtet eine Krisendokumentation anzufertigen und wie in allen anderen Leistungstypen auch einen Hilfeplan zu erstellen (vgl. ebd.: 3 -4).

Übergangshaus

Der Leistungstyp Übergangshaus richtet sich an Menschen, „[...] die der Beratung, Anleitung, Unterstützung, teilweise Übernahme [sowie der Leistungsarten Information und Unterkunft] bedürfen, um Grundlagen zum eigenständigen Wohnen zu entwickeln (Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales 2014 g: 1).“ Die Hilfe ist eine stationäre Leistung und soll nach der Vermittlung von Grundlagen zur eigenständigen und eigenverantwortlichen Lebensführung in bedarfsgerechte ambulante Hilfeleistungen führen (vgl. ebd.:1). Der Betreuungsschlüssel des Übergangshauses ist 1 zu 7,7 (vgl. ebd.: 3). Die Betreuung findet an fünf Tagen in der Woche statt. Die Fachkräfte sind präsent und ansprechbar für die Bewohner*innen. Auch das Übergangshaus hat

räumliche Mindeststandards. Im Gegensatz zur Kriseneinrichtung dürfen im Übergangshaus nur Einzelzimmer vorgehalten werden (vgl. ebd.: 7).

3.1.2.3 Trägerwohnungen

Das Bereitstellen von Trägerwohnungen ist ein wichtiges Angebot in der Unterstützung wohnungsloser Menschen in Berlin (LIGA Berlin o. J.: 1). Trägerwohnungen (Einzelappartement oder Zimmer in Wohngemeinschaften) sind Wohnungen, die vom Leistungserbringer angemietet werden und im Rahmen der Betreuung den Klient*innen zur Verfügung gestellt werden, um ihre besonderen sozialen Schwierigkeiten zu überwinden. Trägerwohnungen werden in der Praxis meist mit einem Nutzungsvertrag oder einem Mietvertrag angemietet, der auf § 549 Abs.1 Nr.1 und Nr. 2 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) verweist. Dieses Miet- oder Nutzungsverhältnis einer Trägerwohnung wird an die Betreuungsleistung gekoppelt. Wenn der/ die Klient*in in der Hilfeleistung nicht mitwirkt oder sich der Hilfe entzieht, gefährdet er/ sie damit zeitgleich sein/ ihr aktuelles Wohn- oder Mietverhältnis. Auch wenn ein*e Klient*in alle Hilfeziele erreicht hat, aber lediglich aufgrund des aktuellen Wohnungsmarktes noch keine eigene Wohnung erhalten hat, kann dies zur Folge haben, dass er/ sie nicht weiterhin in der Trägerwohnung wohnen kann (vgl. Busch-Geertsema 2014: 166 - 167). Die Übertragung des Hauptmietvertrages der Trägerwohnung an die/ den Bewohner*innen, wenn sie keine Hilfe mehr benötigen wird kaum mehr praktiziert, da die Träger dadurch ihr Unterstützungsangebot für folgende Klient*innen verlieren würden. Das Anmieten neuer Trägerwohnungen (nach der Angemessenheitsgrenzen der Ausführungsvorschriften zur Gewährung von Leistungen gemäß § 22 SGB II und §§ 35 und 36 SGB XII (AV-Wohnen)) wird aufgrund des angespannten Berliner Wohnungsmarktes immer schwieriger (vgl. Berner, Holm, Jensen 2015: 82).

Das Vor- und Instandhalten von Trägerwohnungen ist in keiner Leistungsbeschreibung explizit benannt. Die LIGA Berlin merkt an, dass die Refinanzierung von Trägerwohnungen für die Leistungserbringer durch gestiegene Mietpreise nicht mehr möglich sei, da Leistungsvereinbarungen nicht angepasst wurden. Die LIGA Berlin hat 2014 eine ligaweite Datenerhebung durchgeführt, woraus hervorging, dass 1607 Wohnungen, durch an der Umfrage beteiligte Träger, bereitgestellt wurden. 96 % dieser Wohnungen sind durch die Träger angemietet (vgl. LIGA Berlin o. J.: 1).

Bei den stationären Hilfeleistungen ist eine Kopplung von Hilfeleistung und Wohnraum ebenfalls gegeben. Wenn die Hilfeleistung, unabhängig, ob einvernehmlich oder nicht, beendet wird, endet auch der Miet- oder Nutzungsvertrag für die Unterkunft der Klient*innen.

Einen weiteren relevanten Aspekt stellen die einrichtungsindividuellen Hausordnungen und Regeln dar. Drogenkonsum, Gewalt, Haustiere, Übernachtungsgäste, Verwahrlosung oder ähnliche Themen können Punkte sein, die in die Betreuung mit einfließen und eine „Vermieterunabhängige Betreuung“ nicht möglich machen. Der Leistungserbringer erhält eine Doppelfunktion als Vermieter und als professioneller Helfer. Die Unterstützung in der Kommunikation des/ der Klient*in mit dem Vermieter kann in dieser Form der Hilfeebringung demnach nicht geübt und erlernt werden.

3.2 Hilfsangebote der Sozialen Psychiatrie

Nachdem unter Punkt 3.1 die Angebote der Wohnungslosenhilfe in Berlin vorgestellt wurden, wird in diesem Abschnitt ein Überblick über Angebote der Sozialpsychiatrie⁷ in Berlin gegeben. Mit der Entstehung eines gemeindenahen, komplementären Versorgungssystems für psychisch kranke Menschen als eine Konsequenz der Psychiatrie-Enquête von 1975, wurde eine bezirkliche Psychiatrische Pflichtversorgung in Berlin errichtet (Senatsverwaltung für Gesundheit 1994: 4-5, 17).

In der vorliegenden Betrachtung müssen Schwerpunkte gesetzt werden, da eine vollumfängliche Aufführung aller möglichen Unterstützungsangebote für psychisch erkrankte Menschen den Rahmen der Arbeit übersteigt. Das Ziel ist somit eine Skizze der Versorgungslandschaft für psychisch kranke Menschen in Berlin zu erstellen. Zuerst wird ein kurzer Überblick über medizinisch psychiatrische Behandlungsangebote gegeben. Anschließend werden niedrigschwellige Angebote im Rahmen der psychiatrischen Pflichtversorgung gemäß § 5 des „Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG)“ Berlin vorgestellt. Der Fokus liegt auf den Angeboten der Eingliederungshilfe gemäß §§ 53 ff. SGB XII.

3.2.1 Medizinisch psychiatrische Behandlungsangebote

Die medizinische Behandlung von psychischen Erkrankungen ist eine Krankenkassenleistung und bildet eine wichtige Säule im Versorgungssystem für psychisch kranke Menschen. Die Mindestvoraussetzung zur Behandlung ist die Mitgliedschaft in einer Krankenkasse. Es kann nicht auf die konkreten Behandlungen der

7 Die Soziale Psychiatrie beharrt durch ihr systemisches Verständnis psychischer Erkrankungen auf ein umfassendes, disziplinübergreifendes Konzept zur Hilfeebringung, ausgerichtet an der Lebenswelt und den individuellen Bedürfnissen der Menschen (vgl. Clausen, Eichenbrenner 2016: 12). Die Soziale Psychiatrie ist aus der Kritik an der hospitalisierenden, ausgrenzenden Psychiatrie entstanden und forderte für psychisch kranke Menschen ein Leben in der Gemeinde, außerhalb der Mauern der Psychiatrie. Darunter ist nicht die Ablehnung der stationären medizinischen Psychiatrie zu verstehen, sondern ihre Ergänzung (vgl. Clausen, Eichenbrenner 2016: 11 – 12).

medizinischen Versorgung eingegangen werden, da dies keinen Schwerpunkt dieser Arbeit darstellt. Es ist jedoch notwendig einen minimalen Überblick über die medizinischen Behandlungsangebote zu geben, um eine ganzheitliche Sicht auf das Hilfesystem für psychisch erkrankte Menschen zu bieten.

Die stationäre Behandlung von psychisch kranken Menschen erfolgt in der Fachabteilung für Psychiatrie und Psychotherapie der Krankenhäuser. Eine stationäre Behandlung erfolgt bei akuten Notfällen oder bei besonders schweren Erkrankungen (vgl. Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz 2011: 7). Im Rahmen der psychiatrischen Pflichtversorgung gibt es in jedem Bezirk mindestens ein Krankenhaus mit psychiatrischer Fachabteilung, das die Versorgungsverpflichtung für den jeweiligen Bezirk übernimmt. Die Versorgungsverpflichtung bezieht sich auf Menschen, die in dem Bezirk wohnen, sich dort aufhalten oder dort mit einem Behandlungsbedarf aufgefunden werden (vgl. ebd.).

Eine tagesklinische Behandlung erfolgt an den Wochentagen und bietet Behandlungsmöglichkeiten an, die bei der Wiedereingliederung nach einem stationären Klinikaufenthalt helfen sollen oder durch ihre teilstationäre Behandlung einen stationären Aufenthalt vermeiden können. Zu jedem Krankenhaus mit psychiatrischer Fachabteilung gehört eine Tageslink (vgl. ebd.).

Eine ambulante Behandlung psychisch erkrankter Menschen kann über verschiedene Stellen erfolgen. Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA) sind an Krankenhäuser mit psychiatrischer Fachabteilung angegliedert. Gemäß § 118 SGB V stellen sie sicher, dass Menschen, die aufgrund ihrer Erkrankung und den damit in Verbindung stehenden Hürden zur Wahrnehmung der Behandlung durch niedergelassene Fachkräfte, eine psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung erhalten können. Das ambulante medizinische Versorgungssystem stellt fachärztliche, allgemeinmedizinische und psychotherapeutische Behandlungen durch niedergelassene Fachkräfte zur Verfügung (vgl. ebd.: 6). Eine Kurzübersicht über medizinische psychiatrische Behandlungsangebote bietet Abbildung 5.

Medizinisch psychiatrische Behandlungsangebote (vgl. Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz 2011: 6 – 7)				
	Stationäre Psychiatrische Behandlung	Tagesklinik	Psychiatrische Institutsambulanz	ambulante Psychiatrische/ Psychotherapeutische Behandlung
Zielgruppe	(Akut) Psychisch kranke Menschen	Psychisch kranke Menschen	Psychisch kranke Menschen, die aufgrund ihrer Erkrankung nicht dazu in der Lage sind das niedergelassene Versorgungssystem zu nutzen.	Psychisch kranke Menschen
spezifisches Angebot	(Akut)behandlung	Behandlung als Übergang zur Rückkehr in das häusliche Umfeld oder zur Vermeidung stationärer Behandlung.	Angegliedertes ambulantes Angebot an das stationäre psychiatrische Fachkrankenhaus zur Sicherstellung der psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung neben der stationären Behandlung.	Psychiatrische und/ oder Psychotherapeutische Behandlung.
Art der Leistung	Stationäre Behandlung	Teilstationäre Behandlung an den Wochentagen ohne Übernachtung.	Ambulant Behandlung	Ambulante Behandlung

Abbildung 5: Medizinisch psychiatrische Behandlungsangebote

3.2.2 Niedrigschwellige Angebote der Sozialen Psychiatrie und der Sozialpsychiatrische Dienst

Alle Gesundheitsämter der Bezirksämter Berlins haben mindestens einen Sozialpsychiatrischen Dienst, der zur regionalisierten psychiatrischen Pflichtversorgung der Bezirke gehört (vgl. Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz 2011: 9). Die Zuständigkeit bestimmt sich, gemäß § 6 Abs. 3 PsychKG Bln, nach dem letzten oder gewöhnlichen Aufenthalt des/ der Hilfesuchenden beziehungsweise dem Aufenthalt in dem ein Tätigwerden des Sozialpsychiatrischen Dienstes notwendig wird (vgl. Berliner Gesellschaft für Soziale Psychiatrie 2017: 5).

Die Aufgaben des Sozialpsychiatrischen Dienstes sind gemäß § 6 Abs. 1 PsychKG Bln, Beratung, Information über und Unterstützung bei der Hilfevermittlung und Koordination der Hilfeleistungen, Erstellen von fachgutachtlichen Stellungnahmen, Krisenintervention, Einleiten von Selbst- und Fremdschutzmaßnahmen nach dem dritten Teil des PsychKG Bln für erwachsene psychisch kranke Menschen. Eine weitere Aufgabe stellt die Beratungsfunktion für das Umfeld betroffener Menschen dar (vgl. Berliner Gesellschaft für Soziale Psychiatrie 2017: 4). Der Sozialpsychiatrische Dienst ist verpflichtet, Hinweisen nachzugehen, die darauf aufmerksam machen, dass ein betroffener Mensch einen Unterstützungsbedarf haben könnte (vgl. ebd.: 19). Die Unterstützung kann in der Dienststelle oder aufsuchend durchgeführt werden. Die Öffnungszeiten der Sozialpsychiatrischen Dienste in Berlin sind in der Regel von 8:00 bis 16:00 Uhr (vgl.

Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz 2010: 9). Danach ist der Berliner Krisendienst bei psychiatrischen Notfällen tätig (vgl. Berliner Krisendienst o. J.). In § 5 des PsychKG Bln sind psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen (KBS), Beratungsstellen für alkohol- und medikamentenabhängige Personen, Zuverdienstprojekte und der Berliner Krisendienst als niedrigschwellige Angebote benannt. Diese Angebote sind ebenfalls, in jedem Bezirk, im Rahmen der bezirklichen psychiatrischen Pflichtversorgung, vorzuhalten. Sie sollen die Leistungen der Sozialgesetzbücher und des Gesundheitsdienst – Gesetzes ergänzen und verknüpfen (vgl. Berliner Gesellschaft für Soziale Psychiatrie 2017: 4).

Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen

KBS bieten psychisch kranken Menschen sowie deren Angehörigen oder Bezugspersonen einen Ort, um in Gruppen oder Einzelkontakten ihre individuelle Situation zu besprechen. Darüber hinaus bieten die KBS Offene Treffs, Aktivitäten, Ausflüge und Reisen an, wodurch die Möglichkeit zu sozialer Teilhabe besteht. KBS fördern Selbsthilfeaktivitäten und die Fähigkeiten der Selbstorganisation der Nutzer*innen. Es gibt keine Zugangsvoraussetzungen zur Nutzung der zuwendungsfinanzierten Angebote einer KBS. Die Inanspruchnahme des Angebots basiert auf der Eigenmotivation der Nutzer*innen. Es soll auch Menschen erreichen, die andere Angebote der sozialpsychiatrischen Versorgungslandschaft nicht annehmen können oder wollen. Das Angebot ist durch eine Kommstruktur geprägt. Die Mitarbeiter*innen der KBS stellen ein multiprofessionelles Team dar, das mindestens sozialarbeiterische und psychologische Qualifikationen vorweist (vgl. Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz 2006 a).

Beratungsstellen für alkohol- und medikamentenabhängige Menschen

Beratungsstellen für alkohol- und medikamentenabhängige Menschen stellen ein weiteres zuwendungsfinanziertes Angebot der bezirklichen psychiatrischen Pflichtversorgung in Berlin dar. Neben zeitlich begrenzten Beratungen besteht die Möglichkeit, bei einer Alkohol- oder Medikamentenabhängigkeit, Betreuung oder Behandlung in den Beratungsstellen zu erhalten. Auch dieses Angebot kann niedrigschwellig und wie die KBS auf Wunsch anonym genutzt werden. Dadurch soll die Möglichkeit geschaffen werden, dass Menschen, die bisher keinen Zugang zum Hilfesystem hatten, diesen erhalten können. Ziel der Hilfe ist es, dass die Nutzer*innen eine leicht zugängliche Unterstützung erhalten können, die informiert, berät und gegebenenfalls an passende Hilfestellen weitervermittelt. Eine weitere Aufgabe der Beratungsstellen ist es

Präventionsarbeit zu leisten, Selbsthilfeaktivitäten zu unterstützen und eine Vernetzungsfunktion institutioneller Kooperationen zu erfüllen. Auch die Beratungsstellen halten ein multiprofessionelles Team mit den gleichen Mindestqualifikationen wie die KBS vor. Ergänzend dazu müssen in den Teams ärztliche Kompetenzen vertreten sein (Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz 2006 b).

Zuverdienstprojekte

Zuverdienstprojekte bieten seelisch behinderten Menschen gemäß § 53 SGB XII, die dauerhaft oder vorübergehend erwerbsgemindert sind, Beschäftigungsmöglichkeiten an, die an dem Leistungsvermögen der Nutzer*innen ausgerichtet sind. Die Zuordnung zum Personenkreis können im Falle eines Zuverdienstes die pädagogisch, psychologisch oder psychiatrisch qualifizierten Mitarbeiter*innen treffen. Trotz eines niedrighwelligen Zugangs zu dem Angebot wird eine verbindliche Vereinbarung zwischen dem/ der Nutzer*in und dem Leistungserbringer über die Tätigkeit und die Arbeitszeiten getroffen. Die Tätigkeiten werden durch eine Aufwandsentschädigung gewürdigt. Das Ziel des Angebotes ist es, den Menschen die Möglichkeit zur sinnstiftenden Tätigkeit ohne Leistungsdruck zu geben und dadurch die soziale Teilhabe zu stärken. Außerdem soll das Angebot die Möglichkeit zum Einsatz, zum Erhalt und zum Ausbau der Fähigkeiten der Nutzer*innen geben. Die maximale Beschäftigungszeit beträgt 15 Stunden pro Woche. Vermittlungen zu anderen Beschäftigungsmöglichkeiten können ein Ziel des Angebots sein. (Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz 2006 c)

Berliner Krisendienst

Der Berliner Krisendienst bietet Menschen in Krisen oder psychiatrischen Notfällen sowie deren sozialem Umfeld Unterstützung durch Beratung und Krisenintervention an. Außerdem werden Menschen durch den Krisendienst, falls dies gewünscht und notwendig ist, zu anderen Hilfen weitervermittelt. Der Krisendienst ist telefonisch 24 Stunden erreichbar. Von 16:00 Uhr bis 00:00 Uhr können persönliche Beratungsgespräche in den Standorten des Krisendienstes in Anspruch genommen werden. In Notfällen kann es dazu kommen, dass der Krisendienst aufsuchend tätig wird. Das Team des Krisendienstes besteht zum einen aus fest angestellten Mitarbeiter*innen die aus den Fachrichtungen Psychologie, Pädagogik oder Soziale Arbeit stammen. Hinzukommend besteht das Team aus einer großen Anzahl von Honorarkräften, die schwerpunktmäßig in der sozialpsychiatrischen Versorgung in Berlin arbeiten. Außerdem sind Fachärzte/ Fachärztinnen im Krisendienst beschäftigt und stehen in einem Hintergrunddienst zur Verfügung (vgl. Berliner Krisendienst o. J.). Für die Inanspruchnahme der Angebote des

Krisendienstes gibt es keinerlei Zugangsvoraussetzungen. Die Aufgaben und Ziele der niedrigschwelligen Angebote der Sozialen Psychiatrie sind in Abbildung 6 zusammenfassend veranschaulicht.

Niedrigschwellige Hilfsangebote der Sozialen Psychiatrie und der Sozialpsychiatrische Dienst (§ 5, 6 PsychKG Bln)					
	Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstelle (vgl. Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz 2006 a)	Beratungsstellen für alkohol- und medikamentenabhängige Menschen (vgl. Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz 2006 b)	Zuverdienst (vgl. Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz 2006 c)	Krisendienst (vgl. Berliner Krisendienst o. J.)	Sozialpsychiatrischer Dienst (vgl. Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz 2011: 9)
Zielgruppe	Psychisch kranke Menschen die andere Versorgungsangebote nicht annehmen können oder wollen. Angehörige und Bezugspersonen von psychisch kranken Menschen.	Menschen mit Alkohol- und/oder Medikamentenmissbrauch oder Abhängigkeit sowie deren Angehörige oder Bezugspersonen.	Psychisch kranke Menschen die dauerhaft oder vorübergehend erwerbsgemindert sind.	Menschen in seelischer Not oder psychiatrischen Krisensituationen, sowie Menschen im Umfeld der Betroffenen.	Alle erwachsene psychisch kranke Menschen, die im jeweiligen Bezirk leben oder sich zum Zeitpunkt einen Notfalls dort aufhalten, Menschen in Krisen, geistig behinderte Menschen und Menschen im Umfeld von Betroffenen.
spezifisches Angebot, spezifisches Ziel	Offene, eigenmotivierte Kommstruktur. Möglichkeit der Anonymität. Orientiert an der Selbstorganisation der Klienten. Unterstützung von Selbsthilfeaktivitäten. Möglichkeit der Kontaktstiftung, Alltagsstrukturierung, Soziale Teilhabe	Ermöglichen von Selbsthilfeaktivitäten. Vernetzung der institutionellen Kooperation. Vermittlung von Menschen mit anderen Süchten. Erreichen von Suchtmittelkonsumenten die bisher keinen Kontakt zum Hilfesystem hatten.	Tätigkeitsangebote werden den besonderen Erfordernissen der Menschen gerecht. Verbindliche Vereinbarung über Arbeitszeit und Tätigkeit durch Beschäftigungsmöglichkeiten. Fähigkeiten einsetzen, erhalten, erweitern, weiterentwickeln. Tagesstrukturierung. Vermeidung von Isolationstendenzen.	Menschen in Krisen eine professionelle, schnelle, unbürokratische Unterstützung bieten. 24 Stunden Erreichbarkeit.	Krisenintervention, Beratung, Hilfevermittlung, Erstellen von fachgutachtlichen Stellungnahmen. Koordination von Unterbringungen zur Gefahrenabwehr gemäß Teil 3 des PsychKG Bln. Notfallversorgung während der Öffnungszeiten. Bei Bedarf aufsuchende Tätigkeit. Hinweisen auf Unterstützungsbedarfe eines Menschen nachgehen.
Leistungsumfang	Ausgeschriebene Öffnungszeiten.	Ausgeschriebene Öffnungszeiten.	Betreuungsschlüssel 1:10	24 Stunden Erreichbarkeit (telefonisch) Gegebenenfalls aufsuchend tätig. Ausgeschriebene Öffnungszeiten der Beratungsstellen	Montag bis Freitag von 8 bis 16 Uhr (zum Teil Donnerstag bis 18 Uhr) erreichbar.
Qualifikationen des Personals	Multiprofessionelles Team, mind. sozialarbeiterische und psychologische Qualifikation.	Multiprofessionelles, interdisziplinäres Team, mind. sozialarbeiterische, psychologische Qualifikation und ärztliche Kompetenzen.	Fachkompetenz im Tätigkeitsbereich mit pädagogischer, psychologischer oder psychiatrischer Fachkompetenz.	Festes Team aus Psycholog*innen, Sozialarbeiter*innen und Pädagog*innen Fachärzte im Hintergrunddienst	Leitung durch Fachärzt*innen im Bereich Psychiatrie. Die Mitarbeiter*innen sind ebenfalls Fachärzte/ Fachärztinnen für Psychiatrie und/ oder Neurologie oder haben sozialpädagogische oder psychologische Qualifikationen.
Art der Leistung	therapeutisch orientierte Einzel- und Gruppenarbeit Beratung Vermittlung Offener Treff Aktivitäten Gruppen	Beratung Betreuung Behandlung Prävention	Max. 15 Stunden pro Woche bedarfsgerechte Beschäftigung. Aufwandsentschädigung Ggf. Weitervermittlung	Honorarkräfte, die im gemeindepsychiatrischen System arbeiten.	Krisenintervention Beratung Information Weitervermittlung Koordination Prävention

Abbildung 6: Niedrigschwellige Hilfsangebote der Sozialen Psychiatrie und der Sozialpsychiatrische Dienst

3.2.3 Eingliederungshilfe gemäß §§ 53 ff. SGB XII

Trotz unterschiedlicher Leistungstypen und Angebote der Eingliederungshilfe bestehen grundsätzliche Gemeinsamkeiten. Bevor auf die Unterschiede eingegangen wird, werden die Gemeinsamkeiten der Angebote, die unter der Anlage 1 a „Leistungsbeschreibungen für den Bereich seelisch behinderte Menschen“ des BRV aufgeführt sind, dargestellt. In der Präambel der Leistungsbeschreibungen wird aufgeführt, dass alle Leistungen gemäß der UN Behindertenrechtskonvention durch die Prinzipien Teilhabe und Partizipation geprägt sind. Sie sollen „[...] barrierefrei zugänglich, eigenständig wahrnehmbar, verständlich und nutzbar [...]“ (vgl. Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales:2014 a: 1) sein. Hinzukommend wird die Einzelfallhilfe als eine weitere Hilfeleistung der Eingliederungshilfe in Berlin vorgestellt.

Leistungsberechtigt sind, nach § 53 Abs. 1 SGB XII Menschen die gemäß § 2 SGB IV eine körperliche, geistige oder seelische Behinderung haben und dadurch in ihrer gesellschaftlichen Teilhabe eingeschränkt sind. Die vorliegende Arbeit befasst sich ausschließlich mit dem Personenkreis „Seelisch wesentlich behinderte Menschen“ gemäß § 3 Eingliederungshilfe–Verordnung (EHVO) in Verbindung mit § 60 SGB XII. Laut den Leistungsbeschreibungen richtet sich die Hilfe an Menschen, wenn sie aufgrund ihrer „psychischen Störungen“ professionelle Hilfe zur:

- aktiven und selbstbestimmten Teilhabe am Leben der Gesellschaft, und/ oder
- Kompensation ihrer Behinderung

benötigen. Aber auch wenn ambulante ärztliche und/ oder psychotherapeutische Behandlung nicht oder nicht ausreichend möglich ist oder Leistungen von vorrangigen Leistungsträgern ergänzt werden müssen (vgl. Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales 2014 a: 1 – 2). Suchterkrankungen sind seit den 1960er Jahren ebenfalls als psychische Erkrankungen anerkannt (vgl. Niestrat 2010: 47).

Gemäß § 53 Abs. 3 SGB XII lautet die Aufgabe der Eingliederungshilfe:

„(...) drohende Behinderungen zu verhüten oder eine Behinderungen oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern und die behinderten Menschen in die Gesellschaft einzugliedern. Hierzu gehört insbesondere, den behinderten Menschen die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern, ihnen die Ausübung eines angemessenen Berufs oder einer sonstigen angemessenen Tätigkeit zu ermöglichen oder sie so weit wie möglich unabhängig von Pflege zu machen.“

Des Weiteren wird hervorgehoben, dass die Eingliederungshilfe den Mensch befähigen soll, wenn auch mit einer weiterhin bestehenden Behinderung, ein selbstbestimmtes, selbständiges, aktives Leben in einem selbst gewählten Sozialraum zu führen. Es wird betont, dass die Hilfen geeignet und ausreichend sein sollen, um dem Menschen die

Möglichkeit zur aktiven und individuell gewählten Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen (vgl. Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales 2014 a: 2). Die Leistungen, die unter der Anlage 1 a des BRV aufgeführt werden, werden alle als „integrale Bestandteile einer Komplexleistung“ verstanden (vgl. ebd.: 1).

Die Hilfeplanung wird mit dem Instrument des „Berliner Behandlungs- und Rehabilitationsplan“ (BRP) erstellt. Die Leistungen, die erbracht werden sollen, beziehen sich auf die Selbstversorgung, die Tagesgestaltung und Kontaktfindung, auf die Förderung von Beschäftigung, Arbeit und Ausbildung sowie auf Leistungen, die mit der Beeinträchtigung des Menschen im Zusammenhang stehen (vgl. Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales 2014 a: 1). Alle vereinbarten Leistungen in diesen Lebensbereichen sollen mindestens einmal in der Woche als Einzel- oder Gruppenangebot stattfinden (vgl. ebd.: 8). Koordinationsleistungen und das Erstellen der Behandlungsplanung sind einem Dienst oder Leistungserbringer zuzuordnen. Aus der Hilfeplanung ergibt sich unter anderem die Zuordnung zu einer der zwölf Hilfebedarfsgruppen, daraus ergibt sich wiederum der zeitliche Umfang der Hilfe, der von 180 Minuten bis zu 1170 Minuten in der Woche variieren kann (vgl. ebd.: 9). In der Hilfeplanung wird festgehalten welche Ziele im Planungszeitraum durch welches Vorgehen erreicht werden sollen. Der Leistungsberechtigte ist an der Hilfeplanung zu beteiligen. Der Planungszeitraum liegt in der Regel bei zwölf Monaten, kann aber auf drei Monate reduziert werden (vgl. ebd.: 5).

Neben den oben benannten sozialpsychiatrischen Leistungen können im Rahmen der Hilfeerbringung jedes Leistungstypen „Integrierte psychotherapeutische Leistungen“ durch einen, nach dem Psychotherapeutengesetz zugelassenen, Mitarbeiter der Einrichtung erfolgen (vgl. ebd.: 4). Diese Leistungen können nur dann erfolgen, wenn der Leistungsberechtigte nicht dazu in der Lage ist psychotherapeutische Leistungen gemäß § 48 SGB XII in Anspruch zu nehmen (vgl. ebd.: 7).

Die Hilfeerbringung sollte durch ein multiprofessionelles Team erbracht werden. Wenigstens 75 % der Betreuungspersonen müssen eine, mindestens dreijährige, abgeschlossene Berufsausbildung oder einen Hochschulabschluss als Sozialpädagog*in, Kranken- , Altenpfleger*in, Ergotherapeut*in, Psycholog*in oder Kunsttherapeut*in, nachweisen können. Hinzukommend müssen mindestens 50 % dieser Betreuungspersonen wenigstens drei Jahre Berufserfahrung im psychiatrischen Versorgungssystem haben. Die Beschäftigung von psychiatriee erfahrenen Menschen ist gewünscht (vgl. Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales 2014 a: 4).

3.2.3.1 Zugangsvoraussetzungen zur Eingliederungshilfe

Voraussetzung für eine Eingliederungshilfemaßnahme ist, dass die Ziele gemäß § 53 SGB XII von dem Leistungsberechtigten zumindest teilweise erreichbar sind (vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe 2009: 5). Die Eingliederungshilfe gilt als Sozialhilfeleistung nach dem zwölften Gesetzbuch⁸. Demnach richtet sie sich, bezogen auf die örtliche Zuständigkeit, wie auch schon die Zuständigkeit der Sozialen Wohnhilfe, nach der AV ZustSoz (vgl. Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin 2014: 35). Die letzte zuständigkeitsbegründende Meldeadresse der nachfragenden Person bestimmt nach AV ZustSoz II 3.1 welches Bezirksamt für die Hilfeerbringung verantwortlich ist (vgl. Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziale 2013). Nach der Rahmengeschäftsordnung für die Steuerungsgremien Psychiatrie in den Berliner Bezirken (RGO-SGP) § 1 Abs 2 Nr. 1 sollen Leistungsberechtigte im Rahmen der regionalen Pflichtversorgung in dem, für sie zuständigen Bezirk, Hilfeleistungen erhalten (vgl. Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales 2017 c). Gemäß § 18 SGB XII setzt die Eingliederungshilfe, als eine Sozialhilfeleistung ein, sobald dem Träger der Sozialhilfe bekannt wird, dass die nachfragende Person die Voraussetzungen zur Leistungserbringung erfüllt.

Alle Berliner Bezirksamter haben ein Fallmanagement in der Eingliederungshilfe (vgl. Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin 2014: 10). Die Mitarbeiter*innen des Fallmanagements sind die zuständigen Sachbearbeiter*innen der Eingliederungshilfe, die im persönlichen Kontakt mit den Hilfesuchenden und unter Einbezug von Gutachten, Stellungnahmen und Berichten beteiligter Dienste, Personen und Einrichtungen, eine passgenaue Hilfeleistung zusammenstellen und gewähren sollen (vgl. ebd.: 13).

Um Anspruch auf Eingliederungshilfe zu haben, muss die Zugehörigkeit zum leistungsberechtigten Personenkreis ärztlich festgestellt werden (vgl. ebd.: 42). Die Zuordnung zum Personenkreis gemäß § 3 EHVO erfolgt durch eine Diagnose auf der Grundlage der ICD-10. Entscheidend für den Anspruch auf Eingliederungshilfe ist die Teilhabebeeinträchtigung, die sich aus der diagnostizierten Erkrankung ergibt. Das heißt, dass die Diagnose einer psychischen Erkrankung alleine nicht zwingend zum Anspruch auf eine Eingliederungshilfemaßnahme führt (vgl. ebd.: 37). In der Regel wird vom zuständigen Fallmanagement der Eingliederungshilfe ein Gutachten des Sozialpsychiatrischen Dienstes angefordert (vgl. ebd.: 48). Dieses soll die Zugehörigkeit zum leistungsberechtigten Personenkreis festlegen. Die Diagnose einer psychischen Erkrankung kann auch durch Ärzte des Sozialpsychiatrischen Dienstes gestellt werden.

⁸ Die Überleitung der Eingliederungshilfe in das SGB IX ist bis 2020 durch die Einführung des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) geplant (vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2017: 69)

Die Finanzierung der Eingliederungshilfe ist vom Einkommen und Vermögen der leistungsberechtigten Person abhängig⁹. Zur Prüfung der Anspruchsvoraussetzung fordert das Fallmanagement den/ die Hilfesuchende*n dazu auf, den Antragsbogen auf Sozialhilfe mit allen notwendigen Nachweisen, sowie den Antrag auf Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung einzureichen (vgl. Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin 2014: 26).

Nach Prüfung aller Anspruchsvoraussetzungen teilt das Sozialamt den Hilfesuchenden mit, ob sie leistungsberechtigt sind. Im bezirklichen Steuerungsgremium Psychiatrie (SGP)¹⁰ wird der Hilfebedarf der Leistungsberechtigten vorgestellt, um ein passgenaues Hilfsangebot eines Leistungserbringers an die Leistungsberechtigten zu vermitteln (vgl. Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin 2014: 78). In einigen Bezirken Berlins besteht nach RGO-SGP 2 eine Trennung zwischen dem SGP Sucht und dem SGP für allgemeine Psychiatrie (vgl. Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales 2017 c).

Nach dem Handbuch für das Fallmanagement in der Eingliederungshilfe nach SGB XII erfolgt die Ziel- und Leistungsplanung (durch die Erstellung des BRP) vor der Auswahl eines Leistungsanbieters (vgl. Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin 2014: 21). Der Einbezug des Leistungsanbieters ist, laut des Handbuches für das Fallmanagement der Eingliederungshilfe, bei der Kontaktaufnahme und dem Erstgespräch mit den Hilfesuchenden nicht geboten (vgl. ebd.: 26). In der Praxis kommt es häufig zur Kontaktaufnahme mit Leistungserbringern durch Hilfesuchende bevor ein Kontakt zum Fallmanagement aufgenommen wurde. Der Leistungserbringer erstellt in der Praxis meist den BRP mit den Hilfesuchenden. Die Beteiligung des Leistungserbringers an der Hilfeplanung ist in den Leistungsbeschreibungen der Anlage 1a zum BRV festgehalten (vgl. Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales 2014 a: 6). In einer Hilfekonferenz, spätestens sechs Wochen nach Bekanntwerden des Sozialleistungsanspruches, wird mit allen Beteiligten (Leistungsberechtigte*r, Fallmanager*in, Vertreter*in des Sozialpsychiatrischen Dienst, Vertreter*in des

9 Durch die Einführung der ersten Reformstufe des BTHG 2017 sind die Vermögens- und Einkommensgrenzen für Leistungsberechtigte stark angehoben worden (vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2017: 69). Durch das BTHG wird die Eingliederungshilfe bis 2020 aus dem SGB XII, der Sozialhilfe, in das SGB IX übergeleitet und unterliegt dadurch nicht mehr den strengen Einkommens- und Vermögensgrenzen der SGB XII Leistungen (vgl. ebd: 49).

10 Die Aufgabe des SGP ist es, nach der „Rahmengesäftsordnung (RGO) für die Steuerungsgremien Psychiatrie (SGP) in den Berliner Bezirken“ im Rahmen der bezirklichen Versorgungsverpflichtung, fachliche Empfehlungen zu den (bezirklichen) Leistungen der Eingliederungshilfe auszusprechen. Das SGP setzt sich aus der/ dem Psychiatriekoordinator*in, einem/einer Vertreter*in des Fallmanagements, einem/ einer Vertreter*in des Sozialpsychiatrischen Dienstes und den Vertreter*innen der bezirklichen Leistungserbringer des (sozial-) psychiatrischen Pflichtversorgungssystems zusammen.

Leistungserbringers, ggf. Vertrauensperson des/ der Leistungsberechtigten) auf Basis des erstellten BRP über das passende Hilfsangebot beraten (vgl. Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales 2017 a: 7 – 8; vgl. Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales 2014 a: 5 – 6). Die Hilfekonferenz ist die Grundlage der Entscheidung des Fallmanagements über die Kostenübernahme einer Hilfeleistung (vgl. Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin 2014: 66 – 67).

Für wohnungslose Menschen, die Schwierigkeiten mit der Annahme eines Eingliederungshilfeangebots haben und mehr Zeit benötigen, um Vertrauen aufzubauen ist in den Leistungsbeschreibungen der Anlage 1 a zum BRV die Frist zur Erstellung des BRP's auf sechs bis neun Monate ausgeweitet worden. Die Vermutung des Sozialpsychiatrischen Dienstes über die Zugehörigkeit zur Personengruppe gemäß § 53 SGB XII, sowie die Vermutung eines Hilfebedarfs gemäß §§ 53 ff. SGB XII, welche von den Sozialen Wohnhilfen geäußert wird, muss bestehen, um mit der Hilfe ohne BRP beginnen zu können. Außerdem ist die Empfehlung zur Hilfeerbringung durch das zuständige SGP und die Zustimmung zum Hilfebeginn durch das Fallmanagement notwendig. Unter diesen Umständen ist maximal eine vorläufige Kostenübernahme über einen Hilfeumfang in der Hilfebedarfsgruppe 2 möglich (vgl. Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales 2014 a: 6).

3.2.3.2 Leistungstypbeschreibungen der Eingliederungshilfe

In der Anlage 1 a zum BRV sind die Leistungsbeschreibungen für den Personenkreis nach § 53 SGB XII aufgeführt. Es bestehen sechs Leistungsbeschreibungen mit leistungstypspezifischen Regelungen, die im Folgenden aufgeführt werden. Im Anschluss an die Vorstellung der Leistungstypbeschreibungen wird die „Einzelfallhilfe“ als ein weiteres Angebot der Hilfen gemäß §§ 53 ff. SGB XII dargestellt. Alle Angebote der Eingliederungshilfe sind in Abbildung 7 tabellarisch gegenübergestellt.

Angebote der Eingliederungshilfe gemäß §§ 53 ff. SGB XII

(vgl. Senatsverwaltung für Integration und Arbeit 2017: Anlage 1a)

	Therapeutisch betreutes Einzelwohnen	Therapeutisch betreute Wohngemeinschaften	Therapeutisch betreute Übergangsheime	Therapeutisch betreute Heime	Therapeutisch betreute Tagesstätten und Beschäftigungsstätten	Einzelfallhilfe (vgl. Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales 2009)
Zielgruppe/ Spezifisches Angebot	<p>Betreuung der Leistungsberechtigten im individuellen Wohnumfeld.</p> <p>Vorrangige Hilfeerbringung im Wohnraum der Leistungsberechtigten.</p> <p>Betreuung der Leistungsberechtigten durch ein Team von Mitarbeiter*innen.</p>	<p>Zusammenleben mehrerer Leistungsberechtigten als pädagogisches Prinzip.</p>	<p>Ein Angebot für Leistungsberechtigte, die einen strukturierten, geschützten Rahmen benötigen. Angebot wenn eine Krankenhausbehandlung nicht mehr notwendig ist oder um eine Krankenhausbehandlung zu vermeiden oder der Rahmen des Angebots benötigt wird, um den Übergang in eine andere Betreuungs- und Wohnform zu gestalten.</p> <p>Möglichkeit der Unterbringung von Menschen gemäß § 1906 BGB.</p> <p>Anwesenheitsbereitschaft und Nachtbereitschaft oder Nachtwache wird einrichtungsbezogen vorgehalten und ist nicht personenbezogen wählbar.</p> <p>Verpflegungsleistung</p> <p>Unterbringung nach § 1906 BGB von maximal 10% der Bewohner*innen des Standortes, aber maximal 7 Bewohner*innen.</p>	<p>Ein Angebot für Leistungsberechtigte, die einen strukturierten, geschützten Rahmen benötigen. Angebot wenn eine Krankenhausbehandlung nicht mehr notwendig ist oder um eine Krankenhausbehandlung zu vermeiden.</p> <p>Möglichkeit der Unterbringung von Menschen gemäß § 1906 BGB.</p> <p>Anwesenheitsbereitschaft und Nachtbereitschaft oder Nachtwache wird einrichtungsbezogen vorgehalten und ist nicht personenbezogen wählbar.</p> <p>Verpflegungsleistung</p> <p>Unterbringung nach § 1906 BGB von maximal 10% der Bewohner*innen des Standortes, aber maximal 7 Bewohner*innen.</p>	<p>Betreuung der Leistungsberechtigten außerhalb ihres individuellen Wohnumfeldes.</p> <p>Verbindliche Öffnungszeiten an mindesten fünf Tagen in der Woche.</p> <p>Bereitstellen von Räumen und einem Imbiss (keine Verpflegungsleistung)</p>	<p>Unterstützung der Leistungsberechtigten in einem abgesteckten Lebensbereich.</p> <p>Die Hilfeleistung stellt keine Komplexleistung dar.</p> <p>Betreuung durch Einzelpersonen im Lebensumfeld der Leistungsberechtigten.</p>
Wohnangebot	<p>Einzelwohnen</p> <p>Wohnen in einer Partnerschaft (beide könnten Betreuung erhalten). Bei Bedarf bietet der Leistungserbringer Wohnraum an und tritt in diesem Falle zusätzlich als Vermieter auf.</p> <p>Wohngemeinschaften sind möglich, solange die Mitbewohner*in nicht von derselben Einrichtung betreut werden.</p>	<p>Findet in einer Trägerwohnung statt für maximal sieben Bewohner*innen.</p> <p>Einzelzimmer.</p> <p>Gemeinschaftsräume sind mindestens Küche und Bad.</p>	<p>Findet in einem Haus oder Teil eines Hauses statt, dass von dem Träger zur Verfügung gestellt wird.</p> <p>In der Regel Einzelzimmer.</p> <p>Nicht mehr als 30 Plätze an einem Standort.</p>	<p>Findet in einem Haus oder Teil eines Hauses statt, das von dem Träger zur Verfügung gestellt wird.</p> <p>In der Regel Einzelzimmer.</p> <p>Nicht mehr als 30 Plätze an einem Standort.</p>		
Kosten für Unterkunft und Verpflegung	<p>Kosten für Unterkunft und Lebensunterhalt werden vom Leistungsberechtigten getragen, wenn ein Wohnangebot zur Verfügung gestellt wird.</p>	<p>Kosten für Unterkunft und Lebensunterhalt werden vom Leistungsberechtigten getragen.</p>	<p>Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Betreuungsleistungen werden durch die, mit dem Träger der Einrichtung vereinbarten, Vergütung abgegolten.</p>	<p>Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Betreuungsleistungen werden durch die, mit dem Träger der Einrichtung vereinbarten, Vergütung abgegolten.</p>	<p>Die Raumvorhaltung, der Imbiss und die Betreuungsleistung werden mit der Vergütung durch den Träger der Sozialhilfe abgegolten.</p>	

Abbildung 7: Angebote der Eingliederungshilfe gemäß §§ 53 ff. SGB XII

Therapeutisch betreutes Einzelwohnen

Therapeutisch betreutes Einzelwohnen richtet sich an Leistungsberechtigte, die in ihrem individuellen Wohnumfeld Betreuung benötigen, um die weiter oben benannten Ziele der Eingliederungshilfe erreichen zu können (vgl. Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales 2014 a: 1). Bei Bedarf kann der Leistungserbringer den Leistungsberechtigten eine Trägerwohnung anbieten. In diesem Falle tritt der Leistungserbringer als Vermieter auf. Die Kosten für die Unterkunft und den Lebensunterhalt werden von den Leistungsberechtigten getragen und sind unabhängig von der Vergütung der Betreuungsleistungen (vgl. ebd.: 3). Wie bereits im Bereich der Wohnungslosenhilfe geschildert (siehe Punkt 3.1.2.3), bieten Leistungserbringer Trägerwohnungen meist im Rahmen eines Nutzungsvertrages an. Das Nutzungsverhältnis des Wohnraums wird mit der Inanspruchnahme der Betreuungsleistungen gekoppelt. Unter dem Leistungstyp Therapeutisch betreutes Einzelwohnen gibt es die Begrifflichkeit des Apartmentwohnens. Darunter ist die Bereitstellung von Apartments in einem Haus zu verstehen, in dem sich ein Büro der Mitarbeiter*innen des Leistungserbringers befindet und eine Anwesenheit der Mitarbeiter*innen für die Leistungsberechtigten somit gegeben ist. Da zumeist mehrere Apartments in einem Haus sind, bieten sich Gruppenangebote für die Leistungsberechtigten an.

Therapeutisch betreute Wohngemeinschaften

Bei den Angebot therapeutisch betreuter Wohngemeinschaften wird das Zusammenleben mehrerer Leistungsberechtigter als methodisches Prinzip verstanden (vgl. Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales 2014 i: 1). Die Leistungsberechtigten leben in Wohngemeinschaften mit maximal sieben Bewohner*innen. Jedem/ jeder Bewohner*in steht ein Einzelzimmer zu. Es gelten weitere räumliche Standards, wie beispielsweise das Gemeinschaftsräume zur Verfügung gestellt werden müssen (vgl. ebd.: 3). Auch im therapeutischen Einzelwohnen tritt der Träger der Leistungserbringung als Vermieter auf. Die Kopplung von Unterkunft und Betreuung besteht bei den meisten Anbietern. Die Vergütung der Betreuungsleistung ist auch in diesem Leistungstyp unabhängig von der Zahlung der Kosten für die Unterkunft.

Therapeutisch betreutes Übergangsheim

Therapeutisch betreute Übergangsheime stellen die passende Betreuungsmöglichkeit für Leistungsberechtigte dar, die Unterstützung beim Übergang zu einer anderen Wohnform benötigen und dazu einen klar strukturierten und geschützten Rahmen bedürfen. Dieser Leistungstyp dient vor allem der Vermeidung einer Krankenhausbehandlung

beziehungsweise stellt er eine Betreuungsmöglichkeit dar, wenn eine Krankenhausbehandlung nicht mehr nötig ist (vgl. Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales 2015 a: 1). Übergangsheime können, genau wie therapeutisch betreute Heime, Menschen nach § 1906 BGB¹¹ unterbringen. Es dürfen jedoch nicht mehr als 10% oder maximal sieben Personen nach § 1906 in einer Einrichtung untergebracht werden. Ein Übergangsheim sollte nicht mehr als 30 Plätze an einem Standort zur Verfügung stellen. Auch hier gelten spezielle räumliche Standards. In der Regel sollte jeder/ jede Bewohner*in ein Einzelzimmer haben. Aktuell werden die Betreuungsleistungen in diesem Leistungstyp mit den Kosten für die Unterkunft und Verpflegung durch die vereinbarte Vergütung zwischen Leistungserbringer und Leistungsträger abgegolten¹². Anwesenheitsbereitschaft sowie Nachtdienst oder Nachtwache werden einrichtungsbezogen vorgehalten und sind nicht personenbezogen wählbar (vgl. ebd.: 3).

Therapeutisch betreutes Heim

Der Leistungstyp des betreuten Heimes für seelisch behinderte Menschen unterscheidet sich von dem des therapeutisch betreuten Übergangsheims lediglich darin, dass er schwerpunktmäßig nicht als Übergang zu anderen Wohnformen gilt. Die weiteren Rahmenbedingungen sind identisch (vgl. Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales 2015 b).

Verbünde von therapeutisch betreutem Wohnen

Verbünde von therapeutisch betreutem Wohnen können prinzipiell jede Form des therapeutisch betreuten Wohnens anbieten. Es gibt keine Verpflichtung mehrere Betreuungsformen anzubieten. Ziel ist es, dass die Betreuung unabhängig und flexibel von der Wohnform erbracht werden kann. Im Fokus steht die Betreuungs- und Beziehungskontinuität in der Hilfeerbringung (vgl. Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales 2015 c :1). Verbünde sollen die Möglichkeit bieten über die Einzelbausteine der Hilfen hinaus eine passgenaue Hilfe zu erbringen. In Verbänden werden wohnortübergreifend therapeutische Gruppenleistungen angeboten (vgl. ebd.: 3).

Therapeutisch betreute Tagesstätten und Beschäftigungsstätten

In therapeutisch betreuten Tages- und Beschäftigungsstätten (BTS) wird die Hilfe außerhalb des individuellen Wohnumfeldes des Leistungsberechtigten durchgeführt.

11 § 1906 regelt freiheitsentziehende Unterbringungen und freiheitsentziehende Maßnahmen.

12 Dies wird sich voraussichtlich durch die Einführung von „Trennung von Fachleistungen der Eingliederungshilfe von den existenzsichernden Leistungen“ zum 01.01.2020 durch die dritte Reformstufe des BTHG ändern (vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2017: 69).

Tages- und Beschäftigungsstätten haben mindestens an fünf Tagen in der Woche verbindliche Öffnungszeiten. Es sollten in der Regel Kapazitäten für 15 bis 20 Besucher*innen vorgehalten werden (vgl. Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales 2014 b: 1 – 3)

Einzelfallhilfe

Die Einzelfallhilfe stellt eine Eingliederungshilfemaßnahme dar, die nicht in der Anlage 1 a aufgeführt ist. Die Hilfe ist keine Komplexleistung, sondern bezieht sich auf einen inhaltlich abgesteckten Unterstützungsbedarf der Leistungsberechtigten. Im Unterschied zu den vorherigen Leistungen wird die Einzelfallhilfe nicht von einem multiprofessionellen Team erbracht, sondern von Einzelpersonen (vgl. Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales 2009: 7). Diese Einzelpersonen haben einen Honorarvertrag mit der Stadt Berlin abgeschlossen oder sind zu Teilen bei Leistungsträgern beschäftigt. Einzelfallhilfe kann als Sach-, oder Geldleistung erbracht werden (vgl. ebd.: 10). Die notwendige Qualifikation der Einzelfallhelfer*innen hängt von der zu erbringenden Leistung ab. Die Qualifikationen sind durch die Eingruppierung in Honorarstufen ersichtlich und reichen von „keine spezielle Ausbildung“ bis zu „wissenschaftlicher Hochschulabschluss“ in Sozialer Arbeit, Sozial-, Heil-, oder Rehapädagogik (vgl. ebd.: 17 - 19). Die Definition des Personenkreises, die übergeordneten Ziele der Eingliederungshilfe und die Zugangsvoraussetzungen stimmen mit den oben aufgeführten überein. Ein Unterschied liegt jedoch in der Hilfeplanung. Die Hilfeplanung erfolgt durch den/ die Einzelfallhelfer*in anhand eines modifizierten BRP (vgl. ebd.: 9). Ob eine Vorstellung der Einzelfallhilfen im SGP erfolgt, ist bezirklich unterschiedlich geregelt.

3.2.3.3 Säulen der Eingliederungshilfe

Die Angebote der Leistungsbeschreibungen der Anlage 1 a zum BRV beziehen sich sowohl auf die Suchthilfe als auch auf die allgemeine Psychiatrie. Da Suchterkrankungen, wie bereits angemerkt, erst seit den 1960er Jahren als psychische Erkrankung anerkannt werden, ist auch die Integration der Hilfemaßnahmen in die des psychiatrischen Hilfesystems erst seitdem möglich. Seit 1996 ist es möglich, sogenannte Doppeldiagnosen (Sucht und eine andere psychische Erkrankung) ohne hierarchische Gewichtung nebeneinander zu stellen (vgl. Niestrat 2010: 47). Aufgrund dieser Historie ist und war es möglich, dass sich das Suchthilfesystem neben dem (sozial) psychiatrischen Hilfesystem entwickelt hat. Beide Systeme haben unterschiedliche Problemverständnisse und demnach unterschiedlichste Behandlungsmethoden im medizinisch Bereich, genauso

wie Betreuungsmethoden in den komplementären Hilfesystemen (vgl. Rohrmann 2016: 829).

Suchttherapie	Psychosebehandlung
Konfrontierend	Gewährend und beschützend
Fordernd	Fürsorglich
Realitätsnähe	Schutz vor Überforderung
Gruppenorientierung	Individuumzentriert
Keine Medikation	Langfristige neuroleptische Prophylaxe
Strikte Abstinenzforderung	Substanzmissbrauch ist Nebenthema oder toleriert
Systematische Überwachung des Suchtmittelkonsums	Mitunter sporadische Überwachung oder Tolerierung des Suchtmittelkonsums

Abbildung 8: Therapeutische Grundhaltung bei Sucht- bzw. Psychose-therapie

(Quelle: Tabelle 5: Therapeutische Grundhaltung bei Sucht- bzw. Psychose-therapie in: Moggi, Donati 2004: 34)

Die konzeptionellen Angebote der Leistungserbringer orientieren sich entweder an den Grundhaltungen der Suchttherapie oder der Psychosebehandlung. Daraus ergeben sich auf der Basis derselben Leistungstypbeschreibungen konträr ausgerichtete Hilfsangebote. Die Thematik von Trägerwohnungen (siehe Punkt 3.1.2.3) oder Wohneinrichtungen, in denen die Betreuung an die Nutzungs- oder Mietverträge gekoppelt ist, besteht auch in der Eingliederungshilfe. Die Doppelrolle von Betreuer*in und Vermieter kann zu Konflikten und Vertrauensbrüchen bis hin zu erduldeten Betreuung, um die Wohnmöglichkeit nicht zu verlieren, führen (vgl. Seibt 2002: 74).

3.3 Schnittstelle Wohnungslosenhilfe und Soziale Psychiatrie

Beide Säulen des Hilfesystems verfolgen dasselbe Ziel, sie wollen den nachfragenden Menschen unterstützen am Leben in der Gesellschaft teilnehmen zu können. Die medizinische Psychiatrie hat den Auftrag der Behandlung, während die anderen Hilfsangebote eine sozialpädagogisch oder therapeutisch orientierte Unterstützung darstellen.

Die formale Zuweisung zu einer Hilfe oder Personengruppe und zu einem Hilfesystem wird notwendig, wenn ein Antrag auf Hilfe gemäß §§ 53 ff. oder §§ 67 ff. SGB XII gestellt wird. Es soll festgestellt werden welches Hilfesystem die passende, bedarfsdeckende Hilfe für die Nachfragenden vorhält (vgl. Gerull 2010: 70 - 71). Abgesehen von der bedarfsgerechten Hilfeerbringung wird dadurch auch entschieden welches Hilfesystem die Maßnahme finanziert.

Die Hilfen gemäß §§ 67 ff. SGB XII sind prinzipiell nachrangig zu den Hilfen gemäß §§ 53 ff. SGB XII zu erbringen. Eine Zuordnung zu beiden Personenkreisen ist möglich. Welche Hilfeleistung gewährt wird, wird seitens des Kostenträgers entschieden. Die Gewährung

beider Hilfen parallel zueinander ist gesetzlich nicht ausgeschlossen (vgl. Gerull 2010: 70 - 71). In der Praxis ist es jedoch eine Seltenheit.

Hinzu kommt die Aufspaltung der Eingliederungshilfe in Suchtkrankenhilfe und allgemeinpsychiatrische Hilfen. Auch hier ist es teilweise nicht möglich den hilfeschendenden Menschen eindeutig einem Hilfesystem innerhalb der Eingliederungshilfe zuzuordnen und es entsteht eine weitere, Hürde für Menschen mit multiplen Problemlagen, ein passgenaues Angebot zu erhalten (vgl. Wessel 2002: 69). Es ist eine Minderheit der Suchtkranken, die eine zusätzliche psychische Erkrankung haben, unter psychisch erkrankten Menschen weist jedoch die Mehrheit zusätzlich eine Suchtkrankung auf. Im Bereich der Wohnungslosenhilfe ist ebenfalls die Mehrheit der Menschen auch von einer Suchtkrankung betroffen. Nouvertné warnt davor spezialisierte Einrichtungen für Menschen mit sogenannten Doppeldiagnosen aufzubauen, da er sie als „Normalfall“ des psychiatrischen Systems beschreibt (vgl. Nouvertné 2017: 23). Aus dieser Situation heraus stellt sich häufig die Frage: Welches Problem ist das vordergründige? Die Antwort sollte sein: Das Zusammenspiel der Problemlagen des Menschen, die er als Lösungs- und Überlebensstrategie gewählt hat. Stattdessen wird trotz der Existenz der Doppeldiagnosen¹³ seit 1996 die Frage gestellt, ob es sich vordergründig um eine Suchtkrankung oder um eine andere psychische Erkrankung handelt, um den Menschen einem spezifischen Hilfesystem zuzuweisen (vgl. Nierstrat 2010: 47).

Abgesehen von der Zuweisung zum Hilfesystem Sucht oder dem Hilfesystem allgemeine Psychiatrie bleibt die Frage, ob die Wohnungslosigkeit und die Überwindung der besonderen sozialen Schwierigkeiten nicht das vordringlichste Problem darstellt, das durch Unterstützung der Wohnungslosenhilfe behoben werden kann. Viele Menschen, die dem Personenkreis gemäß § 53 SGB XII zugeordnet werden könnten, möchten weder in der Suchthilfe noch in der Eingliederungshilfe Unterstützung in Anspruch nehmen und „flüchten“ sich deshalb in die Wohnungslosenhilfe (vgl. Wessel 2002: 70). Mögliche Gründe dafür, dass psychisch kranke Menschen Unterstützung in der Wohnungslosenhilfe erhalten sind: Reduzierung einer komplexen psychischen Erkrankung auf eine Suchtkrankung, mehrere Erkrankungen nebeneinander, Ablehnung psychiatrischer Hilfen da keine Krankheitseinsicht oder Veränderungsbereitschaft besteht, da sie aufgrund ihrer Erkrankung nicht fähig sind psychiatrische Hilfen anzunehmen, Abbruch von Therapiemaßnahmen, Erhalt psychiatrischer Unterstützungen aber Notwendigkeit von Hilfe bei der Überwindung anderer sozialer Schwierigkeiten, weil sie auf eine passende Unterstützung warten und die Angebote der Wohnungslosenhilfe als Überbrückung

13 Zuvor war es notwendig eine Diagnose als Haupt- und eine als Sekundärdiagnose zu benennen.

nutzen (vgl. Lutz, Simon 2012: 181 – 182). Ein weiterer Grund könnte die Unzufriedenheit mit psychiatrischen Behandlungs- und Betreuungsmethoden und Möglichkeiten, sowie dem Problemverständnis psychischer Erkrankungen sein.

Es scheint, als würden die Hilfebedarfe, die wohnungslose psychisch kranke Menschen aufzeigen, nicht zu dem bestehenden Hilfesystem passen. Die Wohnungslosenhilfe sieht sich fachlich überfordert und kann keine nachhaltige Hilfe erbringen (vgl. ebd.: 182). Der Wunsch der Mitarbeiter*innen der Wohnungslosenhilfe ist, dass durch die Überleitung in die Eingliederungshilfe eine wirksamere Hilfe für ihre Klient*innen entsteht. Sie haben die Hoffnung, dass nicht erreichte Hilfeziele durch die Expertise der Eingliederungshilfe erreicht werden können, oder die erreichten Ziele in der Wohnungslosenhilfe durch eine passende Unterstützung nachhaltig gesichert werden. Dabei können gerade die Mitarbeiter*innen der Wohnungslosenhilfe eine wichtige Hilfe für die betreffenden Menschen erbringen, da sie den Fokus auf die besondere Lebenslage und nicht auf ein Krankheitsbild legen (vgl. Hniopek, Thiele: 2017: 8).

Die Problematik der Arbeit an der Schnittstelle der Hilfesysteme wird von Mitarbeiter*innen der Wohnungslosenhilfe nicht durch die komplexen Problemlagen der Klient*innen begründet, sondern an der fehlenden Zusammenarbeit beider Hilfesysteme festgemacht (vgl. Gerull 2010.: 71). Im Rahmen der Studie „Erfolg‘ in der Hilfe für Menschen mit besonderen sozialen Schwierigkeiten“ von Gerull, Merckens und Dubrow wurde die Schnittstelle zur Eingliederungshilfe als einer der größten Hemmfaktoren für den „Erfolg“ einer Hilfe gemäß §§ 67 ff. SGB XII beschrieben. Benannte Probleme sind unklare Verfahrensregeln und Zuständigkeiten. Das Hilfsangebot wird von Mitarbeiter*innen der Leistungserbringer als auch der Kostenträger unterschiedlich interpretiert. Psychische Erkrankungen gelten nicht als Ausschlusskriterium für eine Hilfe gemäß §§ 67 ff. SGB XII, solange die Erkrankung kein Hinderungsgrund zur Zielerreichung der Maßnahme darstellt. In der Studie wird der Kritikpunkt deutlich, dass die Hilfen gemäß §§ 67 ff. SGB XII als „Auffangbecken“ dienen und Menschen betreuen sollen, die die Hürden der Eingliederungshilfe nicht nehmen können oder wollen. Auch wenn die Hilfeziele der Maßnahmen der §§ 67 ff. SGB XII nicht erreicht werden können soll das Hilfsangebot eine „Eingliederungshilfe light“ darstellen und zumindest eine Verschlimmerung der Situation verhindern. Die Hilfen gemäß §§ 67 ff. SGB XII, mit dem Ziel der Motivationsförderung zur Inanspruchnahme der Eingliederungshilfe, werden nicht problematisiert. Es wird jedoch immer wieder darauf hingewiesen, dass es keine passenden Hilfsangebote für wohnungslose psychisch kranke Menschen in der Eingliederungshilfe gibt. Die Angebote sind meist nicht annehmbar für die Personengruppe obwohl sie einen Rechtsanspruch darauf haben. Dadurch geraten die

betroffenen Menschen in ein Hilfesystem mit nicht bedarfsgerechten Hilfsangeboten (vgl. Gerull, Merckens, Dubrow 2009: 81 - 83).

4. Der Mensch

Nach der Vorstellung des Hilfesystems und der Sichtweise auf die Hilfsangebote aus den Strukturen des Hilfesystems heraus, wird im folgenden Kapitel der betroffene Mensch in den Fokus genommen. Als erstes soll der Frage, wie viele Menschen wohnungslos und psychisch erkrankt sind, anhand von zwei aktuellen Studien näher gekommen werden. Darauf aufbauend wird eine Sensibilität für das Benennen der Personengruppe geschaffen. Orientiert an den Ergebnissen einer betroffenenkontrollierten Studie werden Erwartungen von betroffenen Menschen an das Hilfesystem benannt.

4.1 Wie viele Menschen sind betroffen

Nach einer Schätzung der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. waren im Jahr 2014 335.000 Menschen in Deutschland ohne Wohnung. Es gibt nur Schätzungen zu der Thematik, da es keine bundeseinheitliche Berichterstattung gibt (vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe 2015: 1). Die BAG W prognostizierte 2015 einen Anstieg der Menschen ohne Wohnung in Deutschland bis zum Jahr 2018 auf 536.000 Menschen (vgl. ebd.: 9). In Bezug auf Berlin kann keine stichhaltige Zahl genannt werden wie viele Menschen ohne Wohnung leben. In einem Zeitungsartikel von ntv wird im Januar 2017 berichtet, dass Schätzungen der Wohlfahrtsverbände zufolge 20.000 Menschen in Berlin ohne Wohnung sind (vgl. Schmoll 2017).

Die 12-Monats-Prävalenz psychischer Störungen liegt 2014 laut Jacobi et al. bei 27,7% der deutschen, erwachsenen Allgemeinbevölkerung. Das entspricht 17,8 Millionen Menschen, die innerhalb eines Jahres psychisch erkrankt sind (vgl. Jacobi et. al. 2014: 80). Wie hoch die Anzahl psychisch erkrankter Menschen in Berlin ist lässt sich nicht sagen, da es hierzu keine lokale Erfassung gibt. Genauso lässt sich keine Aussage darüber treffen wie viele wohnungslose Menschen in Berlin psychisch erkrankt sind.

Deutsche Studien über die Prävalenz psychischer Erkrankungen bei wohnungslosen Menschen sind, wie die meisten anderen Studien zu der Thematik, regional und nicht (inter)national ausgerichtet. Die Studie über „Seelische Erkrankungen in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe im Großraum München“ (SEEWOLF) und das Forschungsprojekt zur „Teilhabe von abhängigkeitskranken Wohnungslosen in Rheinland-Pfalz“ (TAWO), sind die beiden aktuellsten deutschen Studien, die Aussagen über die Prävalenz psychischer Erkrankungen bei wohnungslosen Menschen treffen.

Das TAWO Forschungsprojekt wurde im Rahmen der 2011 gegründeten TAWO Initiative am Institut für Forschung und Weiterbildung (IFW) der Hochschule Koblenz von Frietsch, Holbach und Link durchgeführt. Ziel der TAWO Initiative war es die Schnittstelle der Wohnungslosen- und Suchtkrankenhilfe zu untersuchen, um den abhängigkeitskranken, wohnungslosen Menschen in Rheinland-Pfalz bessere Teilhabechancen zu ermöglichen (vgl. IFW der HS Koblenz 2014: 5). Das „TAWO – Forschungsprojekt zur psychosozialen und gesundheitlichen Situation von Wohnungslosen in Rheinland-Pfalz“ befragte 161 Klient*innen in Einrichtungen der Hilfesysteme zu ihrer psychosozialen und gesundheitlichen Situation. Die ausgewerteten Daten basieren auf einer Teilnehmer*innenzahl von 220 Menschen, da zusätzlich Daten aus einer Erhebung zur Lebenssituation von Menschen auf öffentlichen Plätzen in Koblenz von 2007 genutzt werden konnten (vgl. ebd.: 44). Ergebnisse dieser Studie sind, dass 40 % der Befragten mindestens einmal stationär, wegen einer psychischen Erkrankung behandelt worden. Hier wurde ein Unterschied zwischen Männern und Frauen festgestellt. 35 % der Männer wurden bereits einmal stationär wegen einer psychischen Erkrankung behandelt. 70 % von ihnen wurden mindestens einmal entgiftet. Im Vergleich dazu wurden 57 % der Frauen bisher mindestens einmal in ihrem Leben stationär wegen einer psychischen Erkrankung behandelt und 50 % von ihnen mindestens einmal entgiftet (vgl. ebd.: 46). Es hat sich gezeigt, dass eine hohe Anzahl der Befragten eine Substanzgebrauchsstörung und Suchtstörung¹⁴ haben. 70 % der Befragten haben ein Drogenproblem und 60 % der Befragten ein Alkoholproblem. 53 % der Teilnehmer*innen der Studie geben an, aufgrund ihrer Suchtproblematik wohnungslos geworden zu sein (vgl. ebd.: 53).

Das Durchschnittsalter der Befragten lag bei 35 Jahren. Der Anteil der Frauen an den Befragten lag bei ca. 25 % und entspricht damit bundesweiten Trends. Die Arbeitsgruppe prägt den Begriff „gravierend–komplexe Problemlagen“ für die Personengruppe (vgl. IFW der HS Koblenz 2014: 50). Darunter ist zu verstehen:

„Niedriger Schulabschluss, Arbeitslosigkeit, Suchtprobleme, Überschuldung, justizielle Belastungen sowie psychische Verhaltensauffälligkeiten und psychiatrische Krankheitsbilder sind weitere Merkmale, die die „Symptomatik Wohnungslosigkeit“ konstituieren [...]“ (IFW der HS Koblenz 2014: 50).

Die SEEWOLF – Studie hat zum Ziel, 20 Jahre nach der Fichter – Studie¹⁵, den Gesundheitszustand von wohnungslosen Menschen im Großraum München zu untersuchen und dadurch das Hilfesystem für diese Personengruppe zu verbessern. Die

14 An dem „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“, in der 5ten Auflage (DSM-5) orientiert.

15 Fichter – Studien der 1990er Jahre untersuchten die Prävalenz von wohnungslosen Menschen in München. Durch die Ergebnisse kam es zu Veränderungen in der Versorgungslandschaft für wohnungslose Menschen in München (vgl. Bäuml et. al. 2017: 13 -14).

Studie wurde durch die Arbeitsgruppe Bäuml, Baur, Brönner, Pitschel–Walz und Jahn durchgeführt (vgl. Bäuml et al. 2017: 12 - 16). Es wurden 232 Teilnehmer*innen aus verschiedenen Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe befragt (vgl. ebd.: 50). Alle Ergebnisse, bezogen auf die Prävalenz von psychischen Erkrankungen unter den Befragten, wurden durch strukturierte klinische Interviews für DSM–IV (SKID) erhoben (vgl. Bäuml et al. 2017: 56). Da nur mit 223 Studienteilnehmer*inne SKID–Interviews durchgeführt werden konnten, beziehen sich die folgenden Ergebnisse auf diese Teilnehmer*innenzahl (vgl. ebd.: 128).

Die Studie trifft Aussagen über die Lebenszeit- und die 1-Monats-Prävalenz von psychischen Erkrankungen, nach den ICD-10 Diagnosekategorien der Befragten. Die Lebenszeitprävalenz einer psychischen Erkrankung in der SEEWOLF Studie beträgt 93,3 %, die 1-Monats-Prävalenz 74%. Wenn nicht zwischen Haupt- und Nebendiagnose unterschieden wird, ist „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ mit einer Lebenszeitprävalenz von 73,5% und einer 1–Monats-Prävalenz von 42,6% mit Abstand die häufigste psychiatrische Diagnose. Es sind insgesamt ca. 12 % mehr Männer als Frauen von der Diagnose einer psychischen Erkrankung durch psychotrope Substanzen betroffen (vgl. Bäuml et al. 2017: 155). Bei der Lebenszeitprävalenz von Hauptdiagnosen wurde deutlich, dass affektive Störungen mit 42,6 % die häufigsten Störungen sind. Psychische- und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen waren unter dieser Betrachtung mit 31,8 % aller Befragten die zweithäufigste Hauptdiagnose. Bei den Suchtstoffgebundenen Diagnosen, ist Alkohol mit 66,4 % der häufigste Suchtstoff gefolgt von Cannabinoiden mit 21,5 %. Multiplen Substanzgebrauch betreiben 8,1 % der Befragten mit Psychischen- und Verhaltensstörungen aufgrund von psychotropen Substanzen (vgl. ebd.: 135 - 137). 70,4% der Teilnehmer*innen der SEEWOLF–Studie haben 2 - 7 Lebenszeitdiagnosen pro Person (vgl. ebd: 129). Die sogenannte Komorbidität scheint ein überdurchschnittlich häufiges Phänomen bei der befragten Personengruppe zu sein, da unter der deutschen, erwachsenen Allgemeinbevölkerung, die in der 12-Monats-Prävalenz psychisch erkrankt sind 44,5 % durch zwei oder mehr psychiatrische Diagnosen betroffen sind (vgl. Jacobi et. al. 2014: 80).

Die Verallgemeinerung dieser Studien ist schwer möglich, da es sich jeweils um eine spezifische Gruppe von Menschen in Hilfesystemen handelte. Die Ergebnisse geben mit Sicherheit wichtige Hinweise, sollten jedoch nicht in Gänze pauschalisiert werden. Die Prävalenz von psychischen Erkrankungen schwankt zwischen den beiden Studien von 40 % der Befragten zu 93,3 % der Befragten. Da Studiendesigns und Begriffsdefinition, ebenso wie die Institutionen, in denen Menschen befragt wurden, sehr unterschiedlich

sind, sind die Studienergebnisse vorsichtig und reflektiert zu betrachten. Bäuml et al. halten fest, dass trotz aller Unterschiede verschiedenster internationaler Untersuchungen zu erkennen ist, dass die Prävalenz psychischer Erkrankungen unter wohnungslosen Menschen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung immer erhöht ist (vgl. Bäuml et. al. 2017: 32).

Abgeleitet aus den oben genannten Zahlen würde dies für Berlin bedeuten, dass von den geschätzten 20.000 wohnungslosen Menschen in Berlin über 5560¹⁶ psychisch erkrankt sind.

4.2 Risiken durch die Benennung der Personengruppe

Es geht um Menschen, nicht um Krankheitsbilder (vgl. Wessel 2002: 76). Die Gefahr wohnungslose psychisch kranke Menschen zu einer bestimmten Personengruppe zu stilisieren liegt darin, die Individuen mit ihrer Biographie und den Sinnzusammenhängen ihres Handelns aus dem Blick zu verlieren. Rohrman warnt davor eine monokausale Sichtweise zwischen psychischen Auffälligkeiten und Wohnungslosigkeit einzunehmen (vgl. Rohrman 2016: 831). Das Zusammenspiel individueller Lebensereignisse und Lebensbedingungen und gesellschaftlichen Strukturen kann in den Hintergrund rücken, wenn eine solche Sichtweise verfolgt wird. Rohrman beschreibt die „rehistorisierende Diagnostik“ nach Jantzen als eine entstigmatisierende und am Individuum orientierte Sichtweise auf menschliches Verhalten an.

„Stattdessen^[17] wird das Unverständene in der Regel durch ahistorische, d. h. von der Biografie der Subjekte meist weitgehend abstrahierende Statusdiagnostik, orientiert an sozial konstruierten Klassifikationssystemen als Ausdruck von Nichtsesshaftigkeit, Sucht oder psychischer Krankheit oder als lediglich additive Kombination dieser Konstrukte, scheinbar erklärbar.“ (Rohrman 2016: 832)

Eine ähnliche Sichtweise auf Verhaltensweisen und Eigenschaften von Menschen in ihrem individuellen Lebenskontext nimmt die Systemische Psychiatrie sowie die Lebensweltorientierte Soziale Arbeit ein. Für viele Menschen stellt die Diagnose einer psychischen Erkrankung ein großes Problem dar. Die Diagnose einer psychischen Erkrankung konstruiert eine Erklärung für nicht verstehbares Verhalten. Dem Diagnostizierten wird die Verantwortung für sein Verhalten genommen. Daraus entsteht die Stigmatisierung als „psychisch krank“. Verhaltensweisen, die als „psychisch krank“ diagnostiziert werden, können für Betroffene eine sinnvolle, sinnstiftende Verhaltensweise

16 Damit wären 27,7 % der Wohnungslosen in Berlin psychisch erkrankt. Dieser Anteil an psychisch erkrankten Menschen entspricht den 27,7 % der deutschen, erwachsenen Allgemeinbevölkerung in der 12-Monats-Prävalenz.

17 Anstatt Unverständenes durch die Rekonstruktion individualhistorischen biografischen Sinns zu verstehen.

im Umgang mit seinen Lebensereignissen darstellen. Diese Verhaltensweisen stellen unter Umständen aber bisher die beste Möglichkeit dar mit der eigenen Lebensgeschichte umzugehen (vgl. Ruf 2005: 50). Wenn diese Strategien des Umgangs nun plötzlich als „krankhaft“ bezeichnet werden, wird der Umgang mit der Lebensgeschichte pathologisiert und individualisiert. Die Lebensgeschichte und die Zusammenhänge mit der Umwelt bleiben dabei aber möglicherweise unberücksichtigt. In der psychiatrischen Behandlung kann dies zu Widerständen von Seiten der Betroffenen führen.

Wohnungslosigkeit und psychische Erkrankung zu verbinden ist historisch sensibel zu betrachten. „Nichtsesshaftigkeit“ wurde seit Ende des 19. Jahrhunderts „[...] pathologisiert, später pädagogisiert und psychologisiert, dabei mithin stets ontologisiert [...]“ (Rohrman 2016: 807). 1920 hielt Kraepelin die Verbindung von psychischer Krankheit und „Landstreichern“, in einem seiner Werke fest, die bis heute die DSM und ICD Klassifikationen prägen (vgl. ebd.: 810). 1976 wurde durch das Sezieren der Leichen von „Nichtsesshaften“ nach einer organischen Ursache für ein soziales Problem gesucht (vgl. ebd.: 812). Ein Paradigmenwechsel erfolgte Ende der 1980er, Anfang der 1990er Jahre. Sowohl die Bezeichnung der Personen als auch das Hilfesystem änderte seinen Namen von „Nichtsesshaftenhilfe“ in „Wohnungslosenhilfe“. Anstatt persönlicher Merkmale der Betroffenen als Ursache ihrer Problemlage anzusehen, entstand ein Problemverständnis, das sich an der Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten der Menschen orientierte (vgl. ebd.: 826). Aufgrund dieser Historie ist es notwendig, sensibel mit dem Benennen und möglichem Hervorbringen einer besonderen Personengruppe von wohnungslosen psychisch kranken Menschen umzugehen.

Es besteht die Notwendigkeit, reflektiert mit den Verbindungen der beiden Phänomene oder Lebenslagen umzugehen, um keine weitere Stigmatisierung der Menschen zu betreiben und individuelle Lebensverhältnisse zu berücksichtigen.

4.3 Erwartungen der Betroffenen an das Hilfesystem

Wie bereits geschildert wurde, kann in Bezug auf wohnungslose psychisch kranke Menschen nicht von einer einheitlichen Gruppe gesprochen werden. Demnach ist es schwer verallgemeinernde Anforderungen der Betroffenen an das Hilfesystem zu benennen. In der Literatur finden sich wenige Aussagen Betroffener über Vorstellungen, Zufriedenheit oder Unzufriedenheit mit dem Hilfesystem oder der Hilfebringungen. Russo und Fink veröffentlichten 2003 eine Studie, die die Erfahrungen und Sichtweisen von 25 (ehemals) wohnungslosen psychisch kranken Menschen zum Ausdruck bringt. Betroffene machen den Wunsch deutlich mehr Mitspracherecht in der Auswahl der Hilfen, in ihrer Definition und bei der Gestaltung von Hilfebringungen zu erhalten. Hilfen werden

häufig als fremdbestimmt und kontrollierend empfunden. Der Erhalt von Unterstützung wird oftmals an Bedingungen geknüpft, die es den Betroffenen unmöglich machen, Hilfen anzunehmen oder sie zu halten. Daraus ergibt sich Unzufriedenheit mit dem Hilfesystem (vgl. Russo, Fink 2003: 100).

Laut Russo und Fink haben Betroffene den Anspruch an das sozialpsychiatrische Hilfesystem, dass eine bessere und kompetentere Krisen- und Notfallunterstützung ausgebildet wird. Viele Betroffene lehnen die Behandlung in Psychiatrischen Kliniken, sowie insbesondere die Behandlung mit Psychopharmaka, ab. Sie erleben das komplementäre Hilfesystem sowohl institutionell als auch professionell überfordert. Eine Erwartung der Betroffenen ist es darüber hinaus, auch in Krisensituationen mit ihren Bewältigungsstrategien ernst genommen zu werden und ihre Vertrauenspersonen als Ansprechpartner*innen zu behalten. Es besteht der Wunsch nach nichtpsychiatrischen Einrichtungen, die in Krisensituationen, ohne Behandlungsanspruch, einen geschützten Ort bieten und bei Bedarf ansprechbar sind (vgl. ebd.: 101).

Hinzukommend wurde die Vermittlung in schlechte Wohnungen oder negative Wohnumfelder kritisiert. Daraus leitet sich ab, dass Wohnungen in einem guten Zustand und guten Mileustrukturen gewünscht sind. Schlechte hygienische Bedingungen in Einrichtungen wurden ebenfalls angemerkt (vgl. ebd.).

Die Ausrichtung von Unterstützungsangeboten auf nur eine Problemlage der Betroffenen wird als negativ aufgeführt. Es wird erwartet, dass Hilfsangebote ganzheitlich und an der Lebenswelt der Betroffenen orientiert sind. Daraus leitet sich die Anforderung an das Hilfesystem ab, (ehemals) Betroffene im Hilfesystem als Mitarbeiter*innen zu beschäftigen (vgl. ebd.).

Die Betroffenen erwarten von der konkreten Hilfeerbringung genügend Zeit, Empathie, Respekt, Arbeit auf Augenhöhe, Parteilichkeit und ressortübergreifende Fachkenntnis der Helfer*innen. Eine leicht zugängliche oder aufsuchende medizinische Versorgung wird von Betroffenen gewünscht. Hinzukommend wird bessere Information über das bestehende Hilfesystem und seine Zugangsmöglichkeiten erwartet. Mehr aufsuchende und niedrigschwellige Hilfen sind von Betroffenen gefordert (vgl. ebd.: 102 – 103).

Ein Grund, weswegen wohnungslose psychisch kranke Menschen sich eher im Hilfesystem der Wohnungslosenhilfe als in dem der Sozialen Psychiatrie wiederfinden, scheint die Sorge vor „therapeutischer Bedrängung“ zu sein (vgl. Wessel 2002: 70). Diesen Gedanken stützt eine Ratingskala, die auf Basis von strukturierten Interviews, mit Psychiatriemitarbeiter*innen und Nutzer*innen der Psychiatrie, über das therapeutische Grundverständnis erstellt wurde (vgl. Drgala 2008: 157).

Rangliste Mitarbeiter		Ratingliste Nutzer	
Inhaltskategorie	Ratingrate	Inhaltskategorie	Ratingrate
Rehabilitation psychisch kranker und Behinderter	89,00 %	In Ruhe gelassen werden	82,00 %
Soziotherapie/ Psychotherapie	61,00 %	Materielle Absicherung	67,00 %
Lebensqualität sichern	23,00 %	Verständnis	51,00 %
Schutz- und Schonraum	37,00 %	Soziale Nische	38,00 %
Materielle Absicherung	31,00 %	Therapeutische Unterstützung	27,00 %
Krankheitsbewältigung	18,00 %	Rehabilitation	17,00 %
n = 63 Mitarbeiter		n = 351 Nutzer	

Abbildung 9: Therapeutisches Grundverständnis von Mitarbeiter*innen und Nutzer*innen

(Quelle: Tabelle zur Gegenüberstellung der Zielsetzung der Mitarbeiter*innen und den Bedürfnissen der Nutzer*innen der Psychiatrie in: Drgala 2008: 157)

Es wird deutlich, dass die Erwartungen der Hilfeleistung nicht übereinstimmen oder sich widersprechen.

Daraus lässt sich ableiten, dass die Erwartungen der Betroffenen an das Hilfesystem, sich nicht nach den Prinzipien der Alltagsnähe, der Prävention und der Regionalisierung der Lebensweltorientierung richten.

5. Analyse des Hilfesystems am Fallbeispiel

In diesem Kapitel wird das Hilfesystem in Berlin auf seine Wirksamkeit für wohnungslose psychisch kranke Menschen untersucht. Um die Komplexität und Vielfältigkeit der Problemlagen dieser heterogenen Personengruppe zu reduzieren, wird in Punkt 5.1 zunächst das Fallbeispiel eines Betroffenen dargestellt. Anhand dessen wird in einem ersten Schritt die Wirksamkeit des Hilfesystems bezüglich der Zugänglichkeit zum Hilfesystem überprüft. Im zweiten Schritt werden die Hilfsangebote nach der Möglichkeit zur Befriedigung von Grundbedürfnissen kategorisiert. Anhand des Fallbeispiels wird überprüft, welches Hilfsangebot an der passenden Ebene der Bedürfnispyramide ansetzt. Unter Punkt 5.4 werden weitere Hinderungsgründe für die Wirksamkeit der Hilfsangebote aufgeführt. Die Analyse wird unter den, in Punkt 2.3 beschriebenen Prinzipien der Lebensweltorientierten Sozialen Arbeit durchgeführt. Abschließend erfolgen Ableitungen aus der Fallanalyse.

5.1 Fallbeispiel

Zur Komplexitätsreduktion wird im Folgenden ein Fallbeispiel eines wohnungslosen psychisch kranken Menschen konstruiert. Das Fallbeispiel ist von der praktischen Arbeit an der Schnittstelle von Wohnungslosenhilfe und Eingliederungshilfe inspiriert und so

gewählt, dass die verschiedenen Problemlagen zur Wirksamkeit des Hilfesystems gut veranschaulicht werden können.

Karl

Karl ist 34 Jahre alt, er ist in Berlin geboren und aufgewachsen. Mit 23 Jahren war Karl erstmals in der stationären Psychiatrie. Er erhielt dort eine Doppeldiagnose: „Psychische und Verhaltensstörung durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen. Abhängigkeitssyndrom“¹⁸ (vgl. Dilling et al. 2011: 83 – 84) und „Paranoide Schizophrenie“¹⁹ (vgl. ebd.: 91 - 93). Insgesamt war er bis heute fünf Mal in der Psychiatrie, zweimal davon zwangsweise. Einmal wegen Selbst- und das andere Mal wegen Fremdgefährdung. Psychopharmaka nimmt er manchmal ein, wenn es ihm seiner Aussage nach schlecht geht. Sobald es ihm besser geht, setzt er diese ab. Er gibt an, sie dann nicht mehr zu benötigen. Karl konsumiert Cannabis, Amphetamine und Alkohol. Er berichtet, dass die Drogen gut für ihn seien und es ihm durch den Konsum besser gehe. Er hat Wahnvorstellungen, die mal mehr mal weniger von Außenstehenden zu bemerken sind. Wenn er den Eindruck hat verfolgt zu werden, kann er laut und wütend sein. In diesen Phasen wirkt er bedrohlich auf Außenstehende. Ansonsten ist er freundlich, höflich und zuvorkommend. Er spricht viel mit sich selbst. Teilweise ist er in sich gekehrt, ruhig, wirkt traurig und antriebslos. Er beschreibt sich selbst nicht als krank und problematisiert seinen Drogenkonsum nicht. Sein Erleben empfindet er als „normal“. Er verbalisiert Optimismus und berichtet, dass „alles schon wieder werden wird“. Konkretisieren kann er diese Aussage nicht.

Mit 31 Jahren wurde Karl aus seiner damaligen Wohnung in Berlin Mitte, wegen Mietschulden, geräumt. Er ist zuerst bei Bekannten und Verwandten untergekommen. Seit zwei Jahren lebt Karl nun auf der Straße. Er hält sich vor allem in Reinickendorf auf und erzählt häufig, dass der Bezirk für ihn „zu Hause“ ist und dass er sich nicht vorstellen kann, in einem anderen Bezirk „zu wohnen“. Kontakt mit Anderen hat er, wenn sie auf ihn zukommen. Er selbst geht nicht auf andere Menschen zu. Karl hat seit zwei Jahren keinen gültigen und seit einem halben Jahr keinen Personalausweis mehr. Sein Rucksack, in dem unter anderem all seine Papiere (Personalausweis, Bankkarte, Krankenkassenkarte) waren, wurde ihm gestohlen. Seit einem halben Jahr hat er kein Geld mehr zur Verfügung, er kann nicht an sein Konto, da er seine Papiere verloren hat. Karl hat Schulden in Höhe von 50.000 Euro bei verschiedenen Gläubigern. Karl ist Leistungsberechtigter im SGB II. Der Bewilligungszeitraum für sein Arbeitslosengeld II ist vor einem halben Jahr abgelaufen und er hat keinen Weiterbewilligungsantrag gestellt,

18 F 19.2 nach ICD-10

19 F 20.0 nach ICD-10

woraufhin die Leistungen eingestellt wurden. Er lebt von Spenden der Passanten. Zu seiner Familie oder Freunden und ehemaligen Bekannten hat er keinen Kontakt mehr. Sie wollten ihm immer helfen und ihn dazu bewegen seinen Drogenkonsum einzustellen. Da er beides ablehnte und betonte nicht krank zu sein und dass es ihm gut ginge, wurde der Kontakt über die Jahre immer weniger, bis er schlussendlich abbrach.

Auf Basis der Fallbeschreibung werden folgende Eigenschaften und Kriterien der Hilfeerbringung, die Karl mit sich bringt, bestimmt. Karl steht der Einnahme von Psychopharmaka nicht prinzipiell ablehnend gegenüber, er hat aber keine Compliance. Er empfindet sich nicht als psychisch erkrankt, trotz der Diagnose einer paranoiden Schizophrenie. Damit gilt er als nicht krankheitseinsichtig. Seinen Drogenkonsum problematisiert er nicht sondern empfindet ihn als hilfreich und hat keinen Abstinenzwillen. Der Konsum von Drogen hat eine Funktionalität für Karl.

Da Karl zeitweise laut und wütend wird und häufig Selbstgespräche führt, ist eine Wohnform, in der er mit anderen Menschen ein Zimmer teilt, ungünstig. Durch seine durchaus offene und freundliche Art, die er zeigt, wenn Andere auf ihn zukommen, ist anzunehmen, dass er den Kontakt mit Anderen als positiv erlebt. Karl formuliert im Kontakt weder einen Hilfewunsch noch eine Veränderungsmotivation. Es ist jedoch davon auszugehen, dass Karl seine Grundbedürfnisse, wie jeder Mensch, befriedigen möchte. Es ist deutlich, dass er dies aktuell nicht ohne Unterstützung kann. Es ist also von einem nicht formulierten, aber bestehenden Wunsch nach Hilfe, zumindest zur Befriedigung seiner Grundbedürfnisse, auszugehen. Daraus leitet sich eine nicht artikulierte, aber bestehende Veränderungsmotivation seiner Lebenssituation ab, wenn die Hilfen aus seiner Lebenswelt heraus annehmbar sind.

Karl stellt kein Einzelfall dar. Psychisch erkrankte Menschen verstehen sich häufig nicht als krank. Amador gibt an, dass fast 60 % der Menschen mit Schizophrenie nicht bewusst ist, dass sie erkrankt sind. Aufgrund mangelnder Krankheitseinsicht nehmen etwa die Hälfte von psychotisch erkrankten Menschen keine Medikamente ein (vgl. Amador 2015: 34 – 36). Wie bereits unter Punkt 3.2.3.3 benannt, haben etwa 60 % der Menschen mit einer Psychoseerkrankung zeitgleich eine Suchtproblematik (Nouvertné 2017: 23). Suchtverhalten ist im Besonderen bei Menschen mit Doppeldiagnose ein „[...] kompensatorischer Bestandteil von Problemlösungsstrategien [...]“ (Sadowski 2010: 69), wodurch die Entstehung eines Abstinenzwillens hinzukommend erschwert ist. Der Mangel einer Veränderungsmotivation und ein nicht artikulierter Hilfewunsch kann sowohl durch fehlende Krankheitseinsicht, als auch durch das Phänomen Sozialer Erschöpfung²⁰ begründet werden.

20 Unter Punkt 5.2.2 wird auf das Phänomen Soziale Erschöpfung näher eingegangen.

5.2 Zugangsvoraussetzungen

Die Zugangsvoraussetzungen zu Angeboten des Hilfesystems werden in formale und persönliche Zugangsvoraussetzungen unterschieden. Formale Zugangsvoraussetzungen bilden bürokratische Gesichtspunkte ab, die den Zugang zu einer Hilfe gewähren. Persönliche Voraussetzungen sind Aspekte der Persönlichkeit, die Zugangsvoraussetzungen zu Hilfsangeboten darstellen. In Abbildung 10 sind die Zugangsvoraussetzungen zu den einzelnen Hilfen veranschaulicht.

5.2.1 Formale Voraussetzungen

Formale Voraussetzung zum Hilfeerhalt können sein: Ausweisdokument, Krankenversicherung, Antragsstellung auf Sozialhilfeleistung, Antrag auf Leistungen für Kosten der Unterkunft, Nachweise über Einkommen und Vermögen erbringen, örtliche Zuständigkeiten, Wohnungslosigkeit oder von Wohnungslosigkeit bedroht sein. Nachfolgend wird auf die benannten Voraussetzungen im einzelnen eingegangen und Karls Hürden und Möglichkeiten beschrieben.

Ausweisdokument

Karl hat kein Ausweisdokument. Er kann alle niedrighschwelligen und medizinischen sozialpsychiatrischen Angebote und den Sozialpsychiatrischen Dienst ohne Ausweisdokument in Anspruch nehmen. Die niedrighschwelligen Angebote der Wohnungslosenhilfe stehen ihm ebenfalls zur Verfügung.

Um eine Zuweisung zu einer ASOG Unterkunft zu erhalten, Eingliederungshilfe oder Hilfe gemäß §§ 67 ff. SGB XII in Anspruch zu nehmen benötigt er ein Ausweisdokument. Demnach sind ihm diese Hilfen formal vorerst in seiner Situation nicht zugänglich. Um ein Ausweisdokument zu erhalten muss er persönlich einen Ausweis beim Landesamt für Bürger- und Ordnungsangelegenheiten Berlin beantragen. Zwingend notwendig ist dafür ein biometrisches Passbild. Sowohl das Passbild, als auch die Gebühr zur Erstellung eines Personalausweises sind von Karl zu entrichten (vgl. Senatsverwaltung Berlin o. J.). Das Aufsuchen des Landesamtes für Bürger- und Ordnungsangelegenheiten könnte für Karl eine Zugangsschwelle darstellen. Er benötigt Kenntnis darüber, in welchem Amt er einen Personalausweis beantragen muss. Es könnte sein, dass Karl in seiner Lebenssituation keine Priorität in der Beantragung eines Personalausweises sieht. Das Verlangen nach einem Ausweisdokument läuft den Prinzipien der Regionalisierung oder der Alltagsnähe zuwider (siehe Punkt 2.3).

Zugangsvoraussetzungen zu Hilfsangeboten																			
	Sozialpsychiatrische Hilfen										Wohnungslosenhilfe								
	Sozialpsychiatrischer Dienst	Kontakt- und Beratungsstelle	Beratungsstellen für alkohol- und medikamentenabhängige Menschen	Zuverdienst	Krisendienst	Stationäre Psychiatrische Behandlung	Tagesklinik	Psychiatrische Institutsambulanz	Ambulante Psychiatrische/ Psychotherapeutische Behandlung	Eingliederungshilfe gemäß §§ 53 ff. SGB XI	Wohnungslosenhilfe gemäß §§ 67 ff. SGB XI	Beratungsstellen	Praxen für Wohnungslose/ Arztmobil	Bahnhofsdienste	Straßensozialarbeit	Wärmestuben/ Treffpunkte (Wohnungslosentagesstätten)	Notübernachtungen	Kältehilfe	ASOG Unterkünfte
X = Voraussetzung (x) = bedingte Voraussetzung																			
Formale Voraussetzungen																			
Ausweisdokument										X	X								X
Krankenversicherung						(x)	x	x	x										
Antrag auf Sozialhilfeleistung stellen										X	X								
Nachweise über Einkommen und Vermögen										X									(x)
Antrag auf Leistungen für Kosten für die Unterkunft										(x)	(x)								x
Örtliche Zuständigkeit	(x)			(x)		(x)	x	x		x	(x)								(x)
Wohnungslos oder von Wohnungslosigkeit Bedroht											X	X	X	X	X	X	X	X	X
Persönliche Voraussetzungen																			
Diagnose einer psychischen Erkrankung						(x)	(x)	x	x	x									
Gutachten über eine seelische Behinderung				x						x									
Besondere Lebensverhältnisse mit sozialen Schwierigkeiten											x								
Artikulierter Hilfewunsch	(x)		x	x	(x)	(x)	x	(x)	x	x	x	x	(x)	x			x		x
Kommstruktur	(x)	x	(x)	x	(x)	(x)	x	(x)	x	(x)	(x)	(x)	(x)	x		x	x	(x)	x
Veränderungsmotivation			x			(x)	x		x	x	x								

Abbildung 10: Zugangsvoraussetzungen zu Hilfsangeboten

Krankenversicherung

Um Behandlung durch die medizinische Psychiatrie zu erhalten, benötigt Karl eine Krankenversicherung und einen Nachweis darüber. Da er derzeit in keinem Sozialleistungsbezug steht, keiner Erwerbstätigkeit nachgeht und kein Geld zur Verfügung hat, um Beiträge einer möglichen freiwilligen Versicherung zu zahlen, ist davon auszugehen, dass Karl Beitragsrückstände bei seiner Krankenkasse von mindestens zwei Monaten aufweist und sein Anspruch auf Krankenkassenleistungen somit gemäß § 16 Abs. 3 a SGB V ruht. Dies verwehrt ihm den Zugang zur regulären medizinischen Behandlung. „[A]usgenommen sind Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25 und 26 und Leistungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen [...]“ (§ 16 Abs. 3a S. 2 SGB V) notwendig sind. Dazu können auch Krankenhausbehandlungen gehören (vgl. Deutscher Bundestag 2016: 9). Alle nicht medizinischen Hilfsangebote sind, auch ohne Krankenversicherung, für Karl nutzbar. In Praxen für Wohnungslose oder durch das Arztmobil kann er ohne Krankenversicherung medizinische Behandlung erhalten. Das Arztmobil stellt im Besonderen ein gutes Beispiel für eine Lebensweltorientierte Hilfeerbringung dar, da es den sechs Prinzipien der Lebensweltorientierten Sozialen Arbeit entspricht (siehe Punkt 2.3).

Antragstellung Sozialhilfe

Einen Antrag auf Sozialhilfe gemäß SGB XII muss Karl für die Eingliederungshilfe und die Hilfen gemäß §§ 67 ff. SGB XII stellen. Dazu muss er das entsprechende Formular ausfüllen und bei der zuständigen Behörde einreichen. Es werden entsprechende Nachweise über die Angaben im Antragsformular gefordert (siehe Punkt 3.1.2.1 und 3.2.3.1). Dazu gehört unter anderem die Kopie seines Ausweisdokuments. Eine komplexe Antragsstellung mit geforderten Belegen kann abschreckend wirken und Karl in seiner Lebenssituation überfordern.

Nachweis über Einkommen und Vermögen

Da die Eingliederungshilfe eine Einkommens- und Vermögensprüfung voraussetzt, muss Karl Nachweise über seine wirtschaftliche Situation vorlegen. Dazu gehören unter anderem seine Kontoauszüge der letzten drei Monate. Das Erbringen von Nachweisen über Einkommen und Vermögen könnte für Karl eine Schwierigkeit darstellen. Da er keine Bankkarte hat und eine neue nicht ohne Ausweisdokumente beantragen kann, kann er seine Kontoauszüge der letzten drei Monate nicht nachweisen. Da die Hilfen nach §§ 67 ff. SGB XII gemäß § 68 Abs. 2 SGB XII einkommens- und vermögensunabhängig sind, ist es zwar notwendig den Antrag auf Sozialhilfe einzureichen, eine genaue Prüfung durch

Nachweise über Einkommen und Vermögen ist jedoch nicht zwingend erforderlich. Die Anforderungen der Antragsstellung und der Nachweise über Einkommen und Vermögen stellen in Karls Lebenswelt eine Hürde fern seines Alltags und seiner Grundbedürfnisse dar.

Antragsstellung auf Leistungen für Kosten der Unterkunft

Um eine ASOG Unterkunft zu erhalten ist es, wie in Punkt 3.1.1 erläutert, notwendig einen Nachweis über die Übernahme der Kosten der Unterkunft vorzulegen. Karl hat Anspruch auf Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts gemäß SGB II. Dazu gehören auch die Leistungen für Unterkunft und Heizung gemäß § 22 SGB II. Um die Übernahme der Kosten der ASOG Unterkunft nachweisen zu können, muss Karl einen Antrag auf Arbeitslosengeld II bei dem für ihn zuständigen Jobcenter (in Berlin Mitte) stellen. Auf die Antragsstellung von Arbeitslosengeld II kann an dieser Stelle nicht weiterführend eingegangen werden. Es handelt sich um eine komplexe Antragsstellung mit der Notwendigkeit Nachweise über die wirtschaftliche Situation zu erbringen. Ebenso wäre diese Antragsstellung erforderlich, wenn ein Nutzungsvertrag für eine Trägerwohnung im Rahmen der Eingliederungshilfe oder der Hilfen gemäß §§ 67 ff. SGB XII abgeschlossen würde. Die Leistungserbringer fordern einen Nachweis über die Bestätigung der Übernahme der Kosten der Unterkunft vom Jobcenter. Diese Hilfen sind, ohne die Inanspruchnahme einer Trägerwohnung, auch ohne diesen Nachweis möglich. Es ist unwahrscheinlich, dass Karl in seiner Situation die Antragsstellung zur Übernahme von Kosten für die Unterkunft aus eigener Kraft erbringt. Daraus wird ersichtlich, dass dies eine Hürde ist, die Karl Hilfsangebote in seiner momentanen Situation verweigert.

Örtliche Zuständigkeit

Der Aspekt der örtlichen Zuständigkeit ist bei der Unterbringung in einer ASOG Unterkunft bedingt relevant. Die Zuweisung muss über das zuständige Sozialamt erfolgen und demnach auch dort angefragt werden. Karl müsste den Antrag auf die Unterbringung in einer ASOG Unterkunft bei dem Bezirksamt Berlin Mitte stellen und würde von dort die Zuweisung, wie in Punkt 3.1.1 beschrieben, zu einer Unterkunft erhalten. Dass sich Karl in Reinickendorf aufhält und dort bleiben möchte, ist im Rahmen der Zuweisung nicht von Bedeutung. Gegebenenfalls nicht mehr in Reinickendorf zu „wohnen“ könnte ein Hinderungsgrund für Karl sein, um eine ASOG Unterkunft aufzusuchen. Hilfen gemäß §§ 67 ff. SGB XII müsste Karl ebenfalls in Berlin Mitte beantragen, könnte die Leistungen aber in jedem Bezirk, auch in Reinickendorf, in Anspruch nehmen. Eine Leistung der Eingliederungshilfe müsste Karl in Berlin Mitte beantragen und die Hilfeerbringung von

einem Leistungserbringer des Bezirkes in Anspruch nehmen. Nur in begründeten Ausnahmefällen könnte eine Überleitung in einen anderen Bezirk ermöglicht werden. Dieser Aspekt könnte zur Bevorzugung einer Hilfe gemäß §§ 67 ff. SGB XII durch Karl führen.

Die Arbeit in Zuverdienstprojekten ist bezirklich orientiert, eine überbezirkliche Belegung ist jedoch möglich (vgl. Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz 2006 c: 2). Auch die Behandlung in einem psychiatrischen Krankenhaus ist durch die bezirkliche Pflichtversorgung an örtliche Zuständigkeiten gebunden. Diese ergibt sich sowohl aus dem Wohnsitz als auch aus dem tatsächlichen Aufenthalt des/ der Patient*in (vgl. Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz 2011: 7). Karl könnte sowohl in Reinickendorf als auch in Berlin Mitte in das jeweilige psychiatrische Krankenhaus mit bezirklicher Pflichtversorgung aufgenommen werden. Die Behandlung in Tageskliniken und psychiatrischen Institutsambulanzen ist an die Krankenhäuser mit psychiatrischer Fachabteilung angegliedert und damit ebenfalls bezirklich organisiert. Die örtliche Zuständigkeit des Sozialpsychiatrischen Dienstes ist zwar durch die bezirkliche Pflichtversorgung bestimmt, aber dadurch, dass die Zuständigkeit besteht, sobald ein Tätigwerden erforderlich wird, ist die örtliche Zuständigkeit im ersten Moment nachrangig. Die niedrighschwelligten Angebote der Wohnungslosenhilfe und der sozialpsychiatrischen Hilfen, mit Ausnahme der Zuverdienstprojekte, sind unabhängig von örtlichen Zuständigkeiten nutzbar. Unter dem Aspekt der örtlichen Zuständigkeit wird deutlich, dass viele Hilfsangebote nicht dem Prinzip der Regionalisierung entsprechen und damit ein Hinderungsgrund zur Annahme einer Hilfeleistung bieten. Paradoxer Weise ist die bezirkliche Pflichtversorgung in Karls Situation eher eine Zugangsschwelle zu einer für ihn annehmbaren Hilfe, als eine Möglichkeit der passenden Unterstützung vor Ort.

Wohnungslos oder von Wohnungslosigkeit bedroht

Die Voraussetzung zur Inanspruchnahme der Angebote der Wohnungslosenhilfe ist, dass Karl keinen durch einen Mietvertrag abgesicherten Wohnraum hat oder vom Verlust seines Wohnraumes bedroht ist (siehe Punkt 3.1). Dieses Aufnahmekriterium orientiert sich an dem Alltag und der Lebenswelt von Karl und ist demnach keine Hürde.

5.2.2 Persönliche Voraussetzungen

Die persönlichen Voraussetzungen der Hilfen sind: Diagnose einer psychischen Erkrankung, Gutachten über eine seelische Behinderung, besondere Lebensverhältnisse in Verbindung mit sozialen Schwierigkeiten, artikulierter Hilfewunsch,

Veränderungsmotivation und Kommstruktur. In diesem Abschnitt werden die angegebenen Voraussetzungen der Hilfen auf die Zugänglichkeit für Karl überprüft. Diese Voraussetzungen sind aus den in Punkt 3 vorgestellten Hilfen und ihren Zugängen abgeleitet.

Diagnose einer psychischen Erkrankung

Eine ärztlich festgestellte Diagnose einer psychischen Erkrankung, eine F Diagnose nach dem ICD-10, ist notwendig um psychiatrisch behandelt zu werden. Die Diagnose kann jedoch auch während einer stationären, tagesklinischen oder ambulanten Behandlung oder durch einen Arzt des Sozialpsychiatrischen Dienstes gestellt werden. Aus diesem Grund stellt die Diagnose an sich keine Zugangsvoraussetzung zu den Hilfsangeboten der benannten Angebote dar. Zur Aufnahme muss jedoch der Verdacht auf eine psychische Erkrankung bestehen. Die ambulante psychotherapeutische Behandlung sowie die Aufnahme in eine psychiatrische Institutsambulanz setzt eine psychiatrische Diagnose voraus. Durch die Doppeldiagnose „Psychische und Verhaltensstörung durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen. Abhängigkeitssyndrom“ und „Paranoide Schizophrenie“ erfüllt Karl die Voraussetzung der Diagnose einer psychischen Erkrankung.

Gutachten über eine seelische Behinderung

Zur Bewilligung einer Eingliederungshilfemaßnahme ist, wie in Punkt 3.2.3.1 beschrieben, die Feststellung einer seelischen Behinderung notwendig. Diese wiederum basiert auf einer ärztlich gestellten Diagnose einer psychischen Erkrankung²¹. Auch wenn Karl eine psychische Krankheit diagnostiziert bekommen hat, erkennt er diese nicht an und hat keine Krankheitseinsicht. Aufgrund dessen kann es ein Hinderungsgrund für Karl darstellen sich einer Begutachtung zu unterziehen, in der ihm eine seelische Behinderung bestätigt werden soll, die er nicht als solche empfindet. Es ist möglich, dass er dem Personenkreis gemäß § 53 SGB XII zugeordnet wird, auch wenn er sich nicht als seelisch behindert beschreibt. Durch die Hilfedefinition der Eingliederungshilfe wird diese Situation zu Konflikten bei der Benennung eines Hilfewunsches und der Angabe einer Veränderungsmotivation führen. Das Prinzip der Alltagsnähe wird nicht berücksichtigt, da Karls Eigensinn nicht beachtet wird und kein Respekt vor seinen Bewältigungsstrategien mit seiner Lebenssituation besteht.

21 Im Bereich der Eingliederungshilfe ist es entscheidend, ob die seelische Behinderung von Karl vorrangig der Diagnose „Psychische und Verhaltensstörung durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen“ oder der „Paranoide Schizophrenie“ zugeordnet wird. Auf Basis dessen ergibt sich die Zuordnung zur Allgemeinpsychiatrischen Eingliederungshilfe oder zur Suchthilfe.

Wenn Karl in einem Zuverdienstprojekt arbeiten möchte, würde ebenfalls eine Bestätigung einer seelischen Behinderung von den Mitarbeiter*innen des Zuverdienstprojektes erwartet. Dazu wäre jedoch kein Begutachtungstermin erforderlich. Zuverdienstprojekte legen Wert auf einen unbürokratischen, niedrighschwelligem Zugang für ihrer Nutzer*innen (vgl. Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz 2006 c: 2).

Besondere Lebensverhältnisse mit sozialen Schwierigkeiten

Wie in Punkt 3.1.2 erläutert, müssen besondere Lebensverhältnisse, die sich aus eigenen Kräften nicht beseitigen lassen, mit sozialen Schwierigkeiten verbunden sein, damit eine Hilfe gemäß §§ 67 ff. SGB XII bewilligt werden kann. Das bei Karl besondere Lebensverhältnisse vorliegen ist faktisch erkennbar. Dass er aktuell auf Grund sozialer Schwierigkeiten nicht dazu in der Lage ist diese besonderen Lebensverhältnisse zu verändern, bildet sich ebenfalls ab. Damit ist diese persönlichen Voraussetzung zur Hilfebringung gemäß §§ 67 ff. SGB XII gegeben und orientiert sich an Karls Lebenswelt. Für die anderen Hilfsangebote ist eine Bestimmung besonderer Lebensverhältnisse, die in Verbindung mit sozialen Schwierigkeiten stehen, nicht erforderlich.

Artikulierter Hilfewunsch

Der Aspekt eines artikulierten Hilfewunsches gilt pauschal als Voraussetzung für jedes Unterstützungsangebot, bis auf die „Unterbringungen zur Gefahrenabwehr“, die in Teil 3 des PsychKG Bln geregelt sind oder Kontaktaufnahmen des Sozialpsychiatrischen Dienstes gemäß § 6 Abs. 4 PsychKG Bln (vgl. Berliner Gesellschaft für Soziale Psychiatrie 2017). Um ohne Zustimmung der Betroffenen handeln zu dürfen, müssen gemäß § 6 Abs. 4 PsychKG Bln deutliche Anzeichen dafür bestehen, das befürchtet werden muss, dass die betreffende Person sich selbst erheblichen Schaden zufügt oder bedeutende Rechtsgüter Dritter gefährdet (vgl. ebd.: 5). Aus diesem Grund ist in Abbildung 10 angegeben, dass ein artikulierter Hilfewunsche zur stationären Behandlung in der Psychiatrie nicht immer erforderlich ist und die Kommstruktur bedingt vorausgesetzt wird. Karl hat sich, wie beschrieben, zwei Mal in psychiatrischer Behandlung befunden, ohne den Wunsch danach geäußert zu haben.

Abgesehen von dieser beschriebenen besonderen Situation ist ein artikulierter Hilfewunsch als Erfordernis beziehungsweise Voraussetzung zu verstehen, damit Hilfsangebote zugänglich sind oder bewilligt werden. Die meisten Angebote des Hilfesystems werden erst dann tätig, wenn die Betroffenen einen Wunsch nach Hilfe formulieren oder Hilfen beantragen. Eingliederungshilfe, Hilfen gemäß §§ 67 ff. SGB XII,

Beratungsstellen, Bahnhofsdienste, Notübernachtungen, ASOG Unterkünfte, sowie ambulante, tagesklinische psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung, Beratungsstellen für alkohol- und medikamentenabhängige Menschen und Zuverdienste werden nicht ohne den Auftrag von Karl unterstützend tätig (siehe Punkt 3).

Die Unterstützung des Sozialpsychiatrischen Dienstes ist, wie oben bereits beschrieben, zu Teilen ohne artikulierten Hilfewunsch möglich. Damit dieser Kontakt zu Karl aufnehmen würde, müsste ein Hinweis an den Sozialpsychiatrischen Dienst erfolgen, dass Karl Unterstützung benötigt. Diesem Hinweis würde der Sozialpsychiatrische Dienst nachgehen müssen und käme auf diese Weise in Kontakt mit Karl, ohne dass er einen Hilfewunsch artikuliert hat. Abseits der Öffnungszeiten des Sozialpsychiatrischen Dienstes käme der Krisendienst ebenfalls auf diese Weise ohne einen artikulierten Hilfewunsch mit Karl in Kontakt (siehe Punkt 3.2.2).

Um die KBS zu nutzen ist es nicht erforderlich einen konkreten Hilfewunsch zu artikulieren. Zur Inanspruchnahme von Straßensozialarbeit, Wärmestuben oder der Kältehilfe besteht nicht die Anforderung an Karl um Hilfe zu bitten. Das heißt nicht, dass die beschriebenen Ziele der Angebote (siehe Abbildung 6 und 3) nicht erreicht werden, aber die Notwendigkeit der formulierten Zielorientierung und Benennung eines Hilfebedarfs als Nachfragender beziehungsweise Bittender ist nicht gegeben. Unterstützungen können bei diesen niedrighschwelligigen Hilfsangeboten angenommen werden ohne die Inanspruchnahme zum Thema zu machen. Die Annahme der Hilfe macht deutlich, dass die Hilfe erwünscht ist, benötigt aber keiner weiteren Verbalisierung oder Verschriftlichung.

Einen artikulierten Hilfewunsch einzufordern widerspricht dem Prinzip der Alltagsnähe und stellt unter den Bewältigungsstrategien von Karl, mit seiner Lebenssituation umzugehen, eine Zugangsschwelle zu Hilfsangeboten dar.

Kommstruktur

Psychiatrische Institutsambulanzen arbeiten teilweise aufsuchend und unterstützen Menschen, die den Weg zu ihnen nicht finden und nicht explizit nach Hilfe Fragen, die Behandlung aber zulassen. Die Praxen für Wohnungslose und das Arztmobil helfen und behandeln ebenfalls Menschen, die einer Behandlung bedürfen und sie nicht ablehnen, auch wenn sie nicht danach fragen. Diese Art der Hilfeleistung ist eng mit aufsuchenden Tätigkeiten verknüpft. Am Beispiel von Praxen für Wohnungslose wird deutlich, dass Karl in die Praxis gehen und damit indirekt um Hilfe bitten müsste, damit eine Behandlung erfolgen könnte. Das Arztmobil hingegen ist aufsuchend tätig und umgeht dadurch die Hürde der Kommstruktur, die viele Angebote aufweisen.

Kommstrukturen sind ein häufiges Hindernis zur Inanspruchnahme von Hilfsangeboten für Karl. Aufsuchende Dienste können niedrighschwellige, an Karls Lebenswelt orientierte Hilfsangebote machen. Sie können Karl beraten und ihm Möglichkeiten und Optionen aufzeigen, um mit seiner Situation umzugehen, auch wenn er derzeit keinen Hilfewunsch hat und keinen Veränderungsbedarf formuliert. Die Straßensozialarbeit der niedrighschwelligeren Wohnungslosenhilfe stellt ein Angebot dar, dass weder einen artikulierten Hilfewunsch noch eine Kommstruktur als Voraussetzung hat. Dadurch ist für Karl bei diesem Hilfsangebot kein Hinderungsgrund anzunehmen. Die Kältehilfe ist ebenfalls ein annehmbares Angebot für Karl, wenn sie aufsuchend, wie beispielsweise durch die Kältebusse, arbeitet. Zu einem Kontakt mit dem Krisendienst könnte es kommen, wenn ein Bedarf von einer dritten Person gegenüber dem Krisendienst geäußert würde und es dadurch zu einem aufsuchenden Kontakt kommt, ähnlich wie durch den Sozialpsychiatrischen Dienst. Angebote für alkohol- und medikamentenabhängige Menschen können gegebenenfalls aufsuchend stattfinden, wenn Karl an dieser Stelle um Unterstützung bitten würde. Auch Beratungsstellen der Wohnungslosenhilfe können bei Bedarf aufsuchend arbeiten, dies ist aber nicht ihre primäre Art der Hilfeerbringung. Angebote der Eingliederungshilfe und der Hilfen gemäß §§ 67 ff. SGB XII können aufsuchend durchgeführt werden. Die Hürden zur aufsuchenden Tätigkeit dieser Angebote liegen jedoch darin, dass zuvor eine Antragsstellung und Bewilligung der Hilfe mit den beschriebenen Zugangsvoraussetzungen erfüllt sein muss.

Veränderungsmotivation

Der Aspekt der Veränderungsmotivation ist als ein Problembewusstsein zu verstehen, das Karl mitbringen müsste, um den Zugang zu Hilfsangeboten zu erhalten. Eine fehlende Veränderungsmotivation hängt häufig mit einer fehlenden Krankheitseinsicht zusammen. „Mangelnde Krankheitseinsicht ist eindeutig ein weiteres Symptom der Erkrankung und hat nichts mit Abwehr oder Dickköpfigkeit zu tun.“ (Amador 2015:42). Amador empfiehlt zu akzeptieren, nicht die Macht zu besitzen den Betroffenen von dem eigenen Krankheitsverständnis seines Verhaltens zu überzeugen. Dadurch wird ein respektvoller, verständnisvoller Umgang möglich (vgl. ebd.: 89 - 90). Diese Haltung entspricht dem Prinzip der Alltagsnähe und akzeptiert die Bewältigungsstrategien von Karl im Umgang mit seiner Lebenssituation.

Um beispielsweise Unterstützung in der Beratungsstelle für alkohol- und medikamentenabhängige Menschen zu erhalten, ist es notwendig den Konsum als prinzipiell problematisch einzustufen und den Wunsch zu hegen anders mit Alkohol und Medikamenten umzugehen. Dieser Wunsch kann als Motivation zur Veränderung

verstanden werden. Bei Karl besteht dieser Wunsch nicht, darum bittet er nicht um Unterstützung durch die Beratungsstelle. An dieser Stelle wird der Zusammenhang zwischen einem artikulierten Hilfewunsche und einer Veränderungsmotivation deutlich.

Die Hilfen gemäß §§ 53 ff. SGB XII und §§ 67 ff. SGB XII verlangen Hilfeplanungen zur Bewilligung der Hilfemaßnahmen, wie in den Punkten 3.1.2 und 3.2.3 beschrieben. Um Hilfeziele benennen zu können ist die Formulierung eines Hilfewunsches und einer Veränderungsmotivation notwendig. Reker stimmt zu, dass eine Veränderung ohne eine klare Zielformulierung nicht möglich ist. Er merkt jedoch an, dass Hilfepläne häufig als Instrument der Kostensicherung dienen und dabei die individuelle, an den Klienten*innen orientierte Planung des Hilfeprozesses aus der Sicht der Klient*innen, auf der Strecke bleibt (vgl. Reker 2017: 18).

Psychotherapeutische Behandlungen und tagesklinische Behandlungen setzen ebenfalls eine Veränderungsmotivation voraus, da ohne die Mitarbeit und den Willen von Karl etwas zu verändern, eine Therapie erfolglos bleiben würde.

Lutz spricht von Sozialer Erschöpfung, die durch ständige Überforderung, Entmutigung und Überlastung entsteht und zu Mutlosigkeit führt. Die Folge ist, dass Menschen sich aufgrund der sozialen Erschöpfung und der Perspektivlosigkeit, die sie erleben, in ihrer Lebenswelt einrichten (vgl. Lutz 2017: 10). „Soziale Erschöpfung ist wesentlich als soziale Situation zu verstehen, in der Menschen [...] initiativ sind, [...] hinsichtlich eines alltäglichen Kampfes, die Zumutungen des Alltags einigermaßen zu bewältigen. Der Blick auf die Zukunft beginnt sich einzutrüben, da die Gegenwart übermächtig ist.“ (ebd.). Unter diesem Verständnis von Karls Situation ist ein Einfordern eines Hilfewunsches und einer Veränderungsmotivation nicht an seiner Lebenswelt orientiert, sondern stellt eine Überforderung dar, die einen Zugang zu Hilfsangeboten wesentlich erschwert.

Fazit Zugangsvoraussetzungen

Wie in Abbildung 10 veranschaulicht dargestellt, sind Kommstrukturen und ein artikulierter Hilfewunsch die am häufigsten auftretenden Zugangsschwellen für Karl.

Straßensozialarbeit, Arztmobile und die Kältehilfe sind die Unterstützungsangebote, die an keiner Stelle eine Zugangshürde für Karl schaffen. Der Sozialpsychiatrische Dienst und der Krisendienst sind die Angebote, die Karl aufsuchen könnten, wenn durch Dritte Kontakt zu ihnen hergestellt wird.

Diese Angebote bieten die Chance, nach passenden Unterstützungsangeboten mit Karl zu suchen und ihm bei der Überwindung von Zugangsvoraussetzungen zu helfen. Diese Unterstützungen können vor allem bezogen auf die formalen Zugangsvoraussetzungen hilfreich sein und Ziele wie die Existenzsicherung durch Sozialleistungsbezug bereits

erfüllen. Dadurch können sich für Karl Entlastungen im „Kampf des Alltags“ ergeben, wodurch ein anderer Blick auf Unterstützungsangebote möglich werden kann. Karl ist in seiner Situation darauf angewiesen, dass er von Hilfsangeboten aufgesucht wird, die ihn nicht überfordern. Falls es zur „Unterbringung zur Gefahrenabwehr“ gemäß Teil 3 PsychKG Bln in einem psychiatrischen Krankenhaus kommen sollte, besteht die Möglichkeit, dass Karl dort über weiterführende Hilfen beraten wird und Unterstützung zur Annahme dieser Hilfen erhält.

5.3 Befriedigung von Grundbedürfnissen

Dieser Abschnitt geht darauf ein, welche Hilfsangebote welche Grundbedürfnisse befriedigen können und zeigt dadurch, an welcher Stelle der Bedürfnispyramide verschiedene Hilfsangebote ansetzen. Damit wird verdeutlicht welche Hilfsangebote in Karls aktueller Situation Priorität haben. Diese Analyse bezieht sich auf die Bedürfnispyramide nach Maslow (siehe Abbildung 1). Vorrangig benötigt Karl Unterstützung, um die Grundbedürfnisse der beiden unteren Ebenen der Bedürfnispyramide (Physiologische Bedürfnisse und Sicherheitsbedürfnisse) befriedigen zu können. Erst wenn er die Möglichkeit hat diese Bedürfnisse ausreichend zu befriedigen, spielen Bindungs-, Selbstachtungs- und Selbstverwirklichungsbedürfnis wieder eine Rolle für ihn (vgl. Galliker 2009: 193 – 195).

Um die Hilfeerbringung orientiert an den menschlichen Grundbedürfnissen in den Blick zu nehmen, werden die Angebote des Hilfesystems in Abbildung 11 nach den Kategorien Versorgung, Behandlung, Wohnen, Kontakt und Beschäftigung geordnet. Die Kategorien Versorgung und Behandlung werden der untersten Stufe der Bedürfnispyramide, den physiologischen Grundbedürfnissen zugeordnet. Die Kategorie Wohnen stellt einen Aspekt der darauf folgenden Stufe des Sicherheitsbedürfnisses dar. Darauf aufbauend gehören Kontakt und Beschäftigung zu den Ebenen der Bindungs-, Selbstachtungs- und Selbstverwirklichungsbedürfnisse (vgl. Punkt 2.4).

Hilfesystem nach Angeboten						
	Versorgung	Behandlung	Wohnen		Kontakt	Beschäftigung
			längerfristig	kurzfristig		
Soziale Psychiatrie	Psychiatrie	Psychiatrie	Heim	Psychiatrie	KBS	KBS
	Heim	Pia	Trägerwohnungen	Übergangsheim	BTS	BTS
	Übergangsheim	Niedergelassene Fachärzte Niedergelassene Therapeuten	Wohngemeinschaften			Zuverdienst
Wohnungslosenhilfe	Notunterkunft	Arztmobil	Trägerwohnungen	Notunterkunft	Wärmestuben	
	Bahnhofsdienste	Praxen für Wohnungslose	Wohngemeinschaften	Kältehilfe		
	Kältehilfe		ASOG Unterkunft	Krisenhaus		
	Wärmestuben			Übergangshaus		

Abbildung 11: Hilfesystem nach Angeboten

Versorgung

Zur Kategorie Versorgung gehört: die stationäre Psychiatrie, Heime, Übergangsheime, Notunterkünfte, Bahnhofsdienste, die Kältehilfe und Wärmestuben (siehe Abbildung 11). Unter Versorgung sind Angebote zu verstehen, die Verpflegung anbieten und dadurch eine Anlaufstelle zur Befriedigung der Grundbedürfnisse Hunger und Durst darstellen. Um diese Hilfen in Anspruch zu nehmen muss Karl über die Angebote informiert sein und sie aufsuchen. Diese Information könnte er von den aufsuchenden Hilfen oder informierten Mitbürger*innen erhalten.

Darüber hinaus ist die Unterstützung bei der Beantragung von Leistungen zum Lebensunterhalt eine Hilfe, die Versorgung möglich werden lässt. Karl hat kein Geld zur Verfügung und damit auch nicht die Möglichkeit sich selbst zu versorgen. Diese Leistung der Beratung zur Beantragung und Inanspruchnahme von Leistungen zum Lebensunterhalt bietet jedes Hilfsangebot des Hilfesystems an, wenn auch in unterschiedlicher Intensität und Art der Hilfeerbringung.

Alle Leistungstypen der Eingliederungshilfe (mit Ausnahme der therapeutisch betreuten Tages- und Beschäftigungsstätten) und der Hilfen gemäß §§ 67 ff. SGB XII ermöglichen eine individuelle und regelmäßige Unterstützungsleistung zur Existenzsicherung. Die Hilfen können sich an den individuellen Bedarfen der Klient*innen orientieren, sind in ihrer Flexibilität und Intensität jedoch durch zeitliche Umfänge sehr unterschiedlich. Zur passgenauen Hilfeerbringung in der Eingliederungshilfe ist die individuelle Hilfeplanung durch den BRP nötig (siehe Punkt 3.2.3), woraus sich der zeitliche Hilfeumfang ergibt. Im Vergleich zur Eingliederungshilfe und den Hilfen gemäß §§ 67 ff. SGB XII bieten alle anderen Hilfsangebote eine weniger flexible, individuelle und kontinuierliche Hilfeerbringung an. Bezogen auf die Existenzsicherung ist, nach der Krisen- oder Akutunterstützung, das vorrangige Ziel dieser Hilfen die Vermittlung in die Regelversorgung, wenn dies notwendig erscheint und Unterstützung über eine punktuelle

Information, Beratung und Anleitung hinausgeht. Unterstützung bei den physiologischen Bedürfnissen finden sich demnach auch im niedrighschwelligen Bereich der Wohnungslosenhilfe wieder.

Wie bereits in Punkt 5.2 benannt, stellen Unterstützungsleistungen zur Existenzsicherung mit Gehstruktur für Karl die beste Möglichkeit zur Hilfeannahme dar. Die Notwendigkeit von Begleitungen zur Umsetzung seiner sozialrechtlichen Ansprüche scheint notwendig, da er in seiner Situation keinen Hilfewunsch und keine Veränderungsmotivation formuliert. Eine Beratung und Information ohne Begleitung lassen eine Überforderung vermuten. Es ist ersichtlich, dass er keine Weiterbewilligung von existenzsichernden Leistungen durch das SGB II beantragt hat. Aus dieser Perspektive ist eine Begleitung und zeitweise Übernahmeleistung zur Umsetzung sozialrechtlicher Ansprüche zur Existenzsicherung erforderlich²².

Behandlung

Das Angebot der Behandlung ist nicht als Grundbedürfnis in Punkt 2.4 beschrieben, stellt aber einen wichtigen Aspekt der physiologischen Versorgung, im Sinne der körperlichen Unversehrtheit, dar. Neben psychiatrischer Behandlung ist vor allem die Behandlung von physischen Erkrankungen notwendig, um mögliche existenzbedrohende Gefährdungen abzuwenden. Das Arztmobil und Praxen für Wohnungslose bieten einen niedrighschwelligen Zugang zur medizinischen Grundversorgung an (siehe Abbildung 3). Die Angebote zur psychiatrischen Behandlung: stationäre Psychiatrie, Pia, niedergelassene Fachärzte oder Therapeuten, sind in Abbildung 11 aufgeführt. Bereits in Punkt 5.2 wurde auf die Zugangsschwellen zu diesen Angeboten eingegangen.

Behandlungsangebote setzen an der untersten Ebene der Bedürfnispyramide an. Sie sind für Karl durch seinen Krankenversicherungsstatus abseits von Akutbehandlungen, schwer erreichbar. Das stationäre Behandlungsangebot der Psychiatrie könnten jedoch (zumindest temporär) sowohl physiologische Grundbedürfnisse befriedigen als auch das Bedürfnis nach Sicherheit stillen.

Wohnen

Die Kategorie Wohnen wird in Abbildung 11 unterteilt in „längerfristige Wohnmöglichkeiten“ und „kurzfristige Wohnangebote“. Unter kurzfristigen Wohnangeboten sind die Angebote zu verstehen, die die Überleitung in ein anderes Hilfsangebot vorsehen und im Rahmen der Krisenintervention eine Möglichkeit zum

²² Wenn Übernahmeleistungen nicht nur temporär notwendig sind soll an dieser Stelle auf die Unterstützung zur Anregung und Motivationsarbeit zur Annahme einer rechtlichen Betreuung verwiesen werden.

Wohnen oder Übernachten bieten. Kurzfristige Wohnangebote sind Notunterkünfte, Kältehilfe, stationäre Psychiatrie, Übergangsheime, Krisenhäuser und Übergangshäuser. Längerfristige Wohnangebote sind als Wohnperspektiven zu verstehen, die in ihrer Leistungsbeschreibung keine zeitliche Befristung in Verbindung mit dem Übergang in eine andere Wohnmöglichkeit implizieren und damit so lange zur Verfügung stehen können bis ein selbständiges Wohnen oder eine andere Wohnform ermöglicht und/ oder gewollt ist. Heime, Trägerwohnungen, Wohngemeinschaften und ASOG Unterkünfte stellen langfristige Wohnmöglichkeiten dar (siehe Abbildung 11).

Das betreute Übergangsheim, Übergangshaus und die Kriseneinrichtung stellen Grenzfälle dar. Das Maßnahmenziel der Leistungstypen ist es, Übergänge aus und in andere Hilfsangebote zu gestalten und zu ermöglichen (siehe Punkt 3.1.3 und Punkt 3.2.3). Aus diesem Grund werden sie den kurzfristigen Wohnmöglichkeiten zugeordnet, auch wenn sich, anders als bei den Notübernachtungen und der Kältehilfe, die Unterbringung nicht nur auf die Nächte ohne Tagesaufenthalt bezieht.

Der Aufenthalt in einem psychiatrischen Krankenhaus bietet neben Behandlung den Nebeneffekt „Wohnen“ im Sinne von Schutz und Schlaf sowie Versorgung und kann dadurch eine kurzfristige Befriedigung der Grundbedürfnisse der beiden unteren Ebenen der Bedürfnispyramide bedeuten. Zechert bezieht sich auf Ilse Eichenbrenner und Karola Holzgrefe, die bereits 1990 darauf verwiesen, dass psychiatrische Krankenhäuser, die ihrer Asylfunktion für psychisch kranke, wohnungslose Menschen nicht übernehmen, ihrem Versorgungsauftrag nicht im vollem Umfang nachkommen (vgl. Zechert 2017: 5).

Es ist nicht davon auszugehen, dass Karl sich zu einer freiwilligen Behandlung in das psychiatrische Fachkrankenhaus begibt, da er sich nicht als krank wahrnimmt. Dass er einem Angebot nachgeht, das ihm die Möglichkeit gibt seine physiologischen Bedürfnisse und sein Bedürfnis nach Sicherheit zu befriedigen ist jedoch wahrscheinlich, solange keine weiteren Anforderungen, die nicht seiner Lebenswelt entsprechen, damit verknüpft sind. Unter den kurzfristigen „Wohnangeboten“ stehen Karl damit lediglich die Kältehilfe und die Notübernachtungen zur Verfügung. Die kurzfristigen Wohn- und Übernachtungsmöglichkeiten stellen keine Deckung des Bedürfnisses nach Sicherheit dar. Die Angebote können Karls Situation temporär entlasten, lassen aber nicht die Möglichkeit zu auf Bindungsbedürfnisse zu achten, da das Bedürfnis nach Schutz nicht ausreichend befriedigt wird.

Der hochschwelligste Zugang besteht bei den Angeboten, die dem Bedürfnis nach Schutz am ehesten nachkommen. Das Bedürfnis nach Schutz und Sicherheit kann vor allem durch eine Wohnung oder ein Zimmer gegeben werden, in dem es möglich ist sich zurückzuziehen. Ob ein Sicherheitsbedürfnis in einem Mehrbettzimmer mit fremden

Menschen für Karl erfüllt ist, lässt sich nicht beantworten. Verallgemeinernd kann jedoch festgehalten werden, dass ein Einzelzimmer mehr Sicherheit suggeriert und dadurch die Möglichkeit zum Rückzug, zum „starken Getrenntsein“ nach Nussbaum, ermöglicht. In Punkt 4.1 wurde abgeleitet, dass eine Wohnform, in der sich Karl ein Zimmer mit Anderen teilen müsste als nicht passend eingeschätzt wird. Die Unterbringung in einem Einzelzimmer beziehungsweise in einer Einzelwohnung ist vorrangig unter dem Prinzip der Prävention der Lebensweltorientierung zu verstehen, da für Karl somit günstige Lebensbedingungen geschaffen werden können, die Konflikte oder den Verlust der Wohnmöglichkeit vermeiden können. In Abbildung 12 sind die räumlichen Standards des Hilfesystems, das Wohnangebote macht, veranschaulicht.

Räumliche Standards der Wohnangebote												
	Soziale Psychiatrie					Wohnungslosenhilfe						
	Therapeutisches Wohnheim	Trägerwohnung im Therapeutischen Einzelwohnen	Therapeutische Wohngemeinschaft	Therapeutisches Übergangshaus	Psychiatrisches Fachkrankenhaus	Trägerwohnung im Betreuten Einzelwohnen	Betreutes Gruppenwohnen	Übergangshaus	Krisenhaus	ASOG Unterkunft	Notunterkunft	Kältehilfe
Einzelwohnung		X				X						
Einzelzimmer	X		X	X			X	X	X	X		
Gemeinschaftlich Bad, Küche, ggf. Aufenthaltsräume	X		X	X	X	X	X	X	X	X		
Mehrbettzimmer	X				X				X	X	X	X

Abbildung 12: Räumliche Standards der Wohnangebote

Bei der Veranschaulichung ist zu berücksichtigen, dass einige Angebote sowohl Einzel- als auch Mehrbettzimmer vorhalten. Die Anzahl der Einzelzimmer ist meist gering. Daher gilt es darauf zu achten, dass ein Einzelzimmer bei den jeweiligen Angeboten zur Verfügung steht. Wohngemeinschaften, Trägerwohnungen, Übergangshäuser und Übergangsheime sind die Angebote, die zwingend Einzelzimmer zur Verfügung stellen müssen und damit, unter diesem Gesichtspunkt, in jedem Fall, für Karl geeignet.

Die ASOG Unterkunft ist unter den längerfristigen Wohnmöglichkeiten das einzige Angebot, das nicht an eine sozialpädagogische Hilfeleistung gekoppelt ist. Aus diesem Grund ist dieses Angebot für Karl wahrscheinlich am attraktivsten, da keine „therapeutische oder sozialpädagogische Bedrängung“ zu befürchten ist, die bei Nichtmitwirkung an, von ihm nicht gewünschten oder erreichbaren Hilfezielen, zum Verlust des Wohnraumes führen könnte. Trägerwohnungen und Wohngemeinschaften sind jeweils an die Hilfeerbringung im Betreuten Einzelwohnen beziehungsweise Betreutem

Gruppenwohnen (sowohl in der Hilfe gemäß §§ 67 ff. SGB XII als auch der Eingliederungshilfe) gekoppelt. Ein therapeutisches Wohnheim steht ebenfalls in Verbindung mit der Hilfeerbringung der Eingliederungshilfe. Damit ist die Wohnsituation direkt mit dem Erfüllen der Anforderungen der Hilfen verbunden. Die Ratingskala zur Darstellung des therapeutischen Grundverständnisses von Drgala (siehe Abbildung 9) verdeutlicht, dass die Menschen vorrangig ihre Ruhe haben wollen und ihre Existenz gesichert wissen möchten. Das Bereitstellen von Schutzräumen ohne sozialpädagogische Hilfe gehört nicht zum Angebotsspektrum der benannten Hilfeformen.

Auch die Unterbringung in einem Einzelzimmer in einer ASOG Unterkunft stellt keine Wohnform dar, die das Schutzbedürfnis ausreichend befriedigt. Zum einen kann es zum Verlust der ASOG Unterkunft durch Konflikte mit den anderen Bewohnern der Unterkunft kommen. Zum anderen kann die Abwesenheit von über drei Tagen den Verlust der Unterkunft zur Folge haben (siehe Punkt 3.1.1). Eine stationäre Behandlung könnte demnach Karls Unterkunftsplatz gefährden.

In Abbildung 12 sind alle Hilfsangebote benannt, die eine Wohnmöglichkeit vorhalten. Therapeutisch betreutes Einzelwohnen oder Einzelfallhilfe bietet im Rahmen der Hilfen gemäß §§ 53 ff. SGB XII die Möglichkeit einer individuellen, an Karls Lebenswelt orientierten Unterstützung. Diese beiden Angebote können unabhängig von einer Wohnform angeboten werden. Dies kann ein Vorteil in der Hilfeerbringung sein, wenn dadurch nach einer passenden Wohnperspektive für Karl gesucht werden kann und die sozialpädagogische Unterstützung unabhängig von der Wohnform erbracht wird. Dadurch besteht nicht die Gefahr, dass Karl beim Verlust der Wohnmöglichkeit seine sozialpädagogische Unterstützung verliert, oder umgekehrt. Demnach kann eine sozialpädagogische Hilfe ohne Wohnangebot für Karl die passendere Hilfeform darstellen, auch wenn dadurch die Grundbedürfnisse nicht umgehend befriedigt werden können. Es ergibt sich jedoch die Möglichkeit, dass Karl eine unabhängigere Unterstützung erhält in der die nachhaltige, individuelle Unterstützung bei der Suche nach einer Wohnmöglichkeit und dem Aufrechterhalten der Versorgung von Karl im Mittelpunkt der Betreuung steht. Dies wäre auch im Betreuten Einzelwohnen gemäß §§ 67 ff. SGB XII möglich, jedoch mit einem festgelegten, nicht individuell vereinbarten, Leistungsumfang (siehe Punkt 3.1.2).

Trotz der Fokussierung auf eine sichere Unterkunft, als Basis für ein Sicherheits- und Schutzgefühl, und der Möglichkeit Ruhe zu erhalten, um sich zu erholen, darf Karl in seiner Situation nicht alleine gelassen werden. Das kontinuierliche Angebot von Unterstützung, die sich nach den Prinzipien der Lebensweltorientierung richtet muss aufrechterhalten bleiben. Lediglich eine Versorgung der physiologischen Bedürfnisse und der Befriedigung des Sicherheitsbedürfnisses durch Wohnraum zu gewährleisten ist keine

passende Hilfe für Karl und gibt ihm nicht die Möglichkeit unter seinen Bedingungen weiterführende Hilfen anzunehmen. Die Unterstützungsangebote müssen zwischen dem „ [...] Recht auf Erkrankung aber auch Recht auf Hilfe und Unterstützung [,] Recht auf Eigensinn und persönlichem Lebensentwurf, aber auch Recht auf Begrenzung und Einschränkung, wenn Verelendung und Obdachlosigkeit drohen [,] Recht auf Verwahrlosung, aber auch Recht auf Fürsorge [...]“ (Obert 2014: 30) stetig abwägen.

Kontakt und Beschäftigung

Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen, therapeutisch betreute Tages- und Beschäftigungsstätten und Zuverdienstprojekte bieten primär Leistungen zur Kontaktgestaltung, Beschäftigung und Alltagsstrukturierung an (siehe Abbildung 6 und 7). Wärmestuben stellen zeitgleich ein Versorgungsangebot dar.

Angebote zur Kontaktgestaltung und Beschäftigung sind den Ebenen der Bindungs-, Selbstachtungs-, und Selbstverwirklichungsbedürfnisse der Bedürfnispyramide zuzuordnen. Diese Angebote sind für Karl, in seiner aktuellen Lebenssituation, nachrangig da die beiden unteren Ebenen der Bedürfnispyramide nicht ausreichend befriedigt sind.

5.4 Weitere Hinderungsgründe für die Wirksamkeit der Hilfen

Unter diesem Punkt werden weitere Hinderungsgründe für die Wirksamkeit der Hilfsangebote für Karl aufgeführt. Es wird verdeutlicht wie Karl voraussichtlich von den Hilfesystemen an das jeweils andere verwiesen wird. Danach wird auf den Aspekt der konzeptionellen Ausgestaltung, auf Betreuungsverträge und Hausordnungen als Hinderungsgrund zu einer wirksamen Hilfe für Karl eingegangen.

5.4.1 Verweisen der Hilfesysteme aufeinander

Bereits in Punkt 3.3 wurde die Schnittstelle Wohnungslosenhilfe und Soziale Psychiatrie aus theoretischer Sichtweise beschrieben. Auch wenn die bisherige Analyse gezeigt hat, dass die Hilfen gemäß §§ 67 ff. SGB XII und §§ 53 ff. SGB XII einige Zugangsvoraussetzung aufweisen, die für Karl schwer zu überwinden sind, wird in diesem Abschnitt davon ausgegangen, dass Karl durch die Straßensozialarbeit dazu ermutigt und zur Beantragung einer Unterstützung begleitet wurde. An dieser Stelle werden die Zugangsschwellen thematisiert, die Karl durch die Gliederung des Hilfesystems in die Hilfesäulen der Wohnungslosenhilfe und der Eingliederungshilfe erlebt. Auf die grundsätzlichen Zugangsvoraussetzungen wurde bereits in Punkt 5.2 eingegangen.

Da Karl keine Krankheitseinsicht formuliert und sich demnach voraussichtlich nicht als seelisch behindert beschreibt, bleibt der Zugang zur Eingliederungshilfe wie in Punkt 5.2.2 erläutert, erschwert. Um seinen physiologischen Bedürfnissen und seinem Sicherheitsbedürfnis nachkommen zu können, wie in Punkt 5.3 beschrieben, könnte es sein, dass Karl einer Eingliederungshilfemaßnahme zustimmt und das Gutachten über eine seelische Behinderung zulässt, damit er eine Wohnperspektive und Unterstützung bei der Existenzsicherung erhält. Da Karl nicht um Unterstützung zur Kompensation seiner, aus seiner Sichtweise nicht bestehenden, seelischen Behinderung bittet, ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass er von der Eingliederungshilfe an die Soziale Wohnhilfe verwiesen wird, mit dem Hinweis, dass er dort Hilfen zur Überwindung seiner besonderen sozialen Schwierigkeiten erhalten kann. Es ist jedoch sehr wahrscheinlich, dass die Soziale Wohnhilfe des Bezirksamtes Berlin Mitte Karl aufgrund seines Verhaltens (beispielsweise dem Berichten von Wahnvorstellungen oder dem Eingeständnis seines Drogenkonsums, weil dieser ihm hilft seinen Alltag besser zu bestreiten) an die Eingliederungshilfe in Berlin Mitte verweist. Aus der Sicht des jeweiligen Hilfeangebots ist das Verweisen aufeinander nachvollziehbar. Für Karl jedoch bildet dieser Umstand eine weitere Hürde im Erlangen einer bedarfsgerechten Unterstützung.

Karl gehört nach der Beschreibung des Personenkreises zu den leistungsberechtigten Personen gemäß §§ 67 ff. SGB XII (siehe Punkt 3.1.2). Der Grund zum Verweis auf die Eingliederungshilfe aus Sicht der Sozialen Wohnhilfe ist die Nachrangigkeit der Hilfen gemäß §§ 67 ff. SGB XII nach allen anderen Hilfeleistungen des SGB XII. Darüber hinaus stellt die Eingliederungshilfe die spezialisierte Unterstützung für seelisch behinderte Menschen dar. Karl kann den Zielen der Hilfen gemäß §§ 67 ff. SGB XII vermutlich zustimmen, da sie sich auf das Überwinden seiner besonderen sozialen Schwierigkeiten und das Abwenden seiner besonderen Lebensverhältnisse beziehen. Da Karl seine psychische Erkrankung nicht als eine besondere soziale Schwierigkeit ansieht, kann er auf eine Unterstützung unabhängig von seinen Diagnosen hoffen.

Die Art der Hilfeebringung und der Leistungsdruck für den Hilfeempfänger stellt in den Hilfen gemäß §§ 67 ff. SGB XII jedoch eine deutlich andere Form der Hilfeebringung, als in der Eingliederungshilfe dar. Die Hilfe gemäß §§ 67 ff. SGB XII ist, wenn auch nicht gesetzlich festgehalten, zeitlich limitierter (siehe Punkt 3.1.2). Das Ziel der Maßnahme ist, dass der/ die Leistungsberechtigte seine/ ihre besonderen sozialen Schwierigkeiten überwindet und aus eigenen Kräften mit besonderen Lebensverhältnissen umgehen kann oder deren Entstehung vermeidet. Die Art der Hilfen erfolgt durch Information, Beratung, Anleitung, Unterstützung, zeitweise Übernahme, Unterkunft und im stationären Bereich Verpflegung (siehe Abbildung 4). Die Art der Hilfeebringung verlangt ein hohes Maß an

Eigenständigkeit der Umsetzung von Beratungsinhalten. Im Gegensatz dazu ist die Erbringung von Eingliederungshilfe als kompensatorische Hilfe definiert (siehe Punkt 3.2.3). Aufgrund seiner psychiatrischen Symptome und der Komplexität seiner schwierigen Lebenslage ist bei Karl davon auszugehen, dass er individuelle Unterstützungen in Form von Begleitungen benötigt und Zeit zum Kontakt- und Vertrauensaufbau braucht. Diese Art der Hilfeerbringung stellt eine Möglichkeit der Kompensation seiner seelischen Behinderung dar und ist damit in einer Hilfe gemäß §§ 53 ff. SGB XII möglich, wenn Kontakt- und Vertrauensaufbau im BRP als Hilfeziel benannt sind und entsprechende Zeiten und damit Gelder vom Kostenträger bewilligt werden. Da sich die Umfänge der Hilfeerbringung in den Hilfen gemäß §§ 67 ff. SGB XII nach Personalschlüsseln richten, ist kein individuell verhandelbarer Hilfeumfang möglich.

Ein besonderes Augenmerk ist auf den Leistungstyp der Kriseneinrichtung zu legen, in der eine Hilfe gemäß §§ 67 ff. SGB XII ein Angebot für Menschen in psychosozialen Notlagen geschaffen hat. Dieses Angebot könnte Karl eine Unterstützung eröffnen, welche ihm qualifiziertes Fachpersonal bietet und er somit, wenn auch nur befristet, die Möglichkeit erlangt, durch bedingte Befriedigung der Grundbedürfnisse der unteren Ebenen nach Maslow'schen Bedürfnispyramide, über weitere Hilfsangebote informiert zu werden und ihm Unterstützung bei deren Vermittlung zuteil wird.

Ein Ziel der Hilfen gemäß §§ 67 ff. SGB XII kann es sein die leistungsberechtigte Person auf spezialisierte Leistungsangebote vorzubereiten. Falls Karl die Hilfe gemäß §§ 53 ff. SGB XII aufgrund der Zugangsvoraussetzung nicht annehmen kann, könnte die Vorbereitung, Motivation und Überbrückung der Zugangsvoraussetzungen das Hilfeziel gemäß §§ 67 ff. SGB XII sein. Der Nachteil, der mit diesem Hilfeziel im Zusammenhang steht, ist, dass in der Hilfe über längere Zeit ein Vertrauensverhältnis aufgebaut wird und mit dem Wechsel der Hilfe auch ein Wechsel der Betreuung stattfindet. Wenn ein Wechsel der Vertrauensperson mit dem Wechsel der Hilfeform, falls Karl sich darauf einlassen kann, in Verbindung steht, ist dies für ihn ein Hinderungsgrund die Hilfe gemäß §§ 53 ff. SGB XII in Anspruch zu nehmen.

Die Eingliederungshilfe ist auf Besonderheiten von wohnungslosen, seelische behinderten Menschen durch ein gesondertes Verfahren der Hilfebedarfsermittlung eingegangen. Es wird berücksichtigt, dass es wohnungslosen seelisch behinderten Menschen schwer fallen kann Eingliederungshilfe anzunehmen (siehe Punkt 3.2.3.1). In diesem Falle ist die Kooperation der beiden Hilfesäulen schriftlich fixiert. Die Vermutung zur Zugehörigkeit des Personenkreises gemäß § 53 SGB XII muss von der Sozialen Wohnhilfe ausgesprochen werden. Der maximale Leistungsumfang in den ersten sechs bis neun Monaten der Hilfeerbringung darf den der Hilfebedarfsgruppe zwei nicht übersteigen, wenn das

gesonderte Aufnahmeverfahren angewandt wird. Die Hürde, die sich trotz dieses gesonderten Verfahrens der Eingliederungshilfe für Karl ergibt ist, dass die Hilfe ihren Fokus stetig darauf legt, dass Karl seine seelische Behinderung anerkennt, um die Hilfe weiterführen zu können. Dies widerspricht der Theorie von Amador, die empfiehlt aufzuhören, einem nicht krankheitseinsichtigen Menschen verdeutlichen zu wollen, dass er krank ist. Die Begründung der Hilfeerbringung, die Zuordnung zu einem Personenkreis und Karls Mitwirkung an den Hilfezielen, die die Eingliederungshilfe vorgibt, stehen vor der Orientierung an Karls Alltag und seiner Lebenswelt. Durch das spezialisierte Verfahren der Eingliederungshilfe wird jedoch das Problembewusstsein des Hilfesystems deutlich und der Versuch, unter den gegebenen sozialrechtlichen Bedingungen, Chancen für Menschen zu schaffen, die Hilfe zu erhalten, auch wenn es ihnen schwerfällt sie anzunehmen.

Wie bereits in Punkten 3.2.3.1 und 3.2.3.3 beschrieben, besteht im Bereich der Eingliederungshilfe die Trennung zwischen Suchthilfe und Eingliederungshilfe in der Allgemeinpsychiatrie. Aufgrund von Karls Doppeldiagnose ist es wahrscheinlich, dass er zwischen den beiden benannten Hilfssäulen in der Eingliederungshilfe verwiesen wird. Da bei einer Doppeldiagnose die Diagnosen ohne Hierarchie nebeneinander stehen, kann theoretisch keine als vorrangig eingestuft werden. Dass Karl eine Unterstützung durch die Suchthilfe in Anspruch nimmt ist unwahrscheinlich, da er seinen Drogenkonsum als hilfreiche Lösungsstrategie im Umgang mit seinem Alltag erlebt. Da die Eingliederungshilfe im Rahmen der „Psychosebehandlung“ als weniger konfrontativ gilt und den Drogenkonsum meist als Nebenthema akzeptiert (siehe Abbildung 8), ist diese Art der Hilfeerbringung eher an der Lebenswelt von Karl orientiert. Bei stetigem Drogenkonsum, der die Erreichung von Hilfezielen beeinflusst, ist jedoch davon auszugehen, dass eine Unterstützung der Suchthilfe durch das Hilfesystem gewünscht wird. Wenn Karl in der Suchthilfe jedoch vermehrt psychiatrische Symptome zeigt, wird die Suchthilfe auf die Unterstützung in der Eingliederungshilfe der Allgemeinpsychiatrie verweisen. Die jeweilige Spate ist spezialisiert auf eine Problemlage von Karl. Wenn Karl zwischen den beiden Hilfeschwerpunkten verwiesen wird, erhält er pädagogisch betrachtet gegensätzliche Impulse, wie in der Gegenüberstellung der Grundhaltungen bei Sucht- und Psychose-therapie in Abbildung 8 deutlich wird. Die Kritik von Betroffenen ist die Ausrichtung der Hilfsangebote an nur einer Problemlage der Menschen (siehe Punkt 4.3). Dieser Aspekt wird auch bei Karl an dieser Stelle deutlich und zeigt, dass sich das Hilfesystem in diesem Punkt, nicht an den Realitäten der Betroffenen orientiert.

Es ist zu erkennen, dass Karl auf alle Hilfen einen Anspruch hat, in jeder Hilfe zum Personenkreis gehört und dass genau diese Tatsache zu weiteren Barrieren zum Erhalt einer passgenauen Hilfe für ihn führt.

5.4.2 Konzeptionelle Ausgestaltung, Betreuungsverträge und Hausordnungen

Wie unter Punkt 3 angemerkt, schließt jeder Leistungserbringer eine Leistungsvereinbarung mit dem Sozialhilfeträger ab. Um eine Leistungsvereinbarung abschließen zu können, muss ein einrichtungsindividuelles Konzept vorgelegt werden. Die Konzepte der verschiedenen Leistungserbringer legen Schwerpunkte in ihrer Arbeit fest und konkretisieren das Hilfsangebot der Einrichtung unter den bestehenden sozialrechtlichen Rahmenbedingungen. Konzeptionen, Betreuungsverträge, Hausordnungen, Miet- und Nutzungsverträge, die der Leistungserbringer aufsetzt, sind weitere Voraussetzungen die Karl erfüllen oder einhalten muss. Es ist, auf Grund des Umfangs der Arbeit, nicht möglich auf verschiedene Konzepte von Berliner Leistungserbringern einzugehen.

Wie bereits mehrfach betont, ist die Kopplung von Hilfemaßnahmen an Wohnmöglichkeiten, eine mögliche Hürde der Hilfeannahme für Karl. Diese Verknüpfung führt dazu, dass der Leistungserbringer oder sogar die vertraute Bezugsperson als Vermietervertreter*in auftritt. Wenn Leistungserbringer Hausordnungen aufsetzen und diese in der pädagogischen Arbeit als Vermieter*innen umsetzen müssen, kann dies die Beziehung zwischen Betreuer*in und Klient*in gefährden. Hilfsangebote haben häufig entweder konzeptionell oder in Hausordnungen ein Abstinenzgebot aufgeführt. Besonders in der Suchthilfe ist ein Abstinenzgebot häufig gegeben (vgl. Nouvertné 2017: 23). Der Konsum von Drogen hat eine Funktionalität für Karl. Ein Abstinenzgebot als Voraussetzung zur Hilfeebringung ist damit nicht an dem Alltag von Karl orientiert und macht ihm eine Hilfeannahme geradezu unmöglich. Ein stetiges Thematisieren der Reduktion des Suchtmittelkonsums, genau wie der Druck, den Umgang mit der psychischen Erkrankung aktiv anzugehen, kann einen Beziehungsabbruch zur Folge haben (vgl. Moggi, Donati 2004: 56).

Lautes, zu Teilen aggressives oder bedrohlich wirkendes Verhalten ist meist in Betreuungsverträgen und/ oder Hausordnungen ein Kündigungsgrund für Wohnung, Zimmer und Betreuung. Auch diese Aspekte können für Karl eine Schwierigkeit im (er)halten einer Unterstützung sein. Die regelmäßige Einnahme von Psychopharmaka kann zur Voraussetzung einer Unterstützung werden. Diese Vorgabe kann rein präventiv gemeint sein, schränkt jedoch die Freiheit der Nutzer*innen stark ein und lässt die Unterstützung aus ihrer Lebenswelt gegebenenfalls nicht zu.

Die Teilnahme an Gruppenangeboten, besonders in Wohngemeinschaften oder therapeutischen Wohnverbänden, kann in Betreuungsverträgen und Hilfeplänen festgehalten sein. Wenn diese Vereinbarungen nicht eingehalten werden, führt dies zu Abmahnungen bis hin zum Hilfeende (vgl. Drgala 2008: 153 - 154). Absprachefähigkeit ist in Betreuungsverträgen meist verankert. Wenn Termine nicht eingehalten oder nicht frühzeitig begründet verschoben werden, dann ist dies ein Grund zur Hilfeabmahnung bis hin zum Hilfeende wegen mangelnder Mitwirkung.

Alle benannten Aspekte führen zu dem Widerspruch, dass der Grund für die Hilfe zeitgleich der Hinderungsgrund ist sie zu (er)halten (vgl. Nouvertné 2017: 23). Die Regeln und Voraussetzungen, die das Hilfesystem aufstellt, orientieren sich nicht an den Prinzipien der Lebensweltorientierung. Bei dem Erstellen dieser Regularien geht es nicht nur um eine pädagogische Haltung und Handhabe, sondern auch um das Absichern von finanziellen Risiken auf Seiten der Leistungserbringer.

5.5 Ableitungen aus der Fallanalyse

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Fallanalyse unter den Aspekten der Wirksamkeit, das heißt Zugangsvoraussetzungen zur Hilfe und Befriedigung der Grundbedürfnisse durch ein Hilfsangebot, zusammengefasst.

Zugangsvoraussetzungen

In Punkt 5.2 konnte herausgearbeitet werden, dass Karl eine Hilfe nur dann zugänglich ist, wenn er aufgesucht wird. Die Kommstrukturen der meisten Hilfsangebote führen dazu, dass Karl diese Angebote nicht als wirksam erleben kann. Karl kann durch Kriseninterventionen Kontakt mit dem Hilfesystem bekommen. Die Hilfsangebote, die ihn in Krisen oder durch Aufforderung Dritter aufsuchen, können Karl jedoch kein kontinuierliches Unterstützungsangebot unterbreiten. Sie können die akute Krise lediglich abwenden oder daraufhin handeln.

Abgesehen von einer Krisenintervention kann Karl in Kontakt mit der Straßensozialarbeit kommen. Die Hilfe der Straßensozialarbeit ist ein Lebensweltorientiertes Angebot. Sie erfüllt alle sechs Prinzipien der Lebensweltorientierung. In Karls Situation hat das Prinzip der Regionalisierung oberste Priorität, um den Zugang zu einem Hilfsangebot zu erhalten. Wie in Abbildung 3 beschrieben, bietet diese Form der Hilfe Information, Beratung und Verpflegung an.²³ Das Ziel der Straßensozialarbeit ist es, Karl dabei zu unterstützen im

23 Der ISP-Jahresbericht 2015 benennt mit GANGWAY e. V .lediglich einen Leistungserbringer für Straßensozialarbeit in Berlin. GANGWAY e. V. benennt zwei Angebote für erwachsene wohnungslose oder von Wohnungslosigkeit bedrohte Menschen. Im Team Brennpunkt wird das Angebot durch folgende Leistungen beschrieben: Primärversorgung, Information, Beratung,

System der Regelversorgung Hilfe zu erhalten. Weitere Hilfsangebote sind aufgrund formaler und persönlicher Zugangsschwellen für Karl in seiner beschriebenen Situation nicht erreichbar und damit nicht wirksam, auch wenn sie inhaltlich passende Hilfen anbieten könnten.

Der Verweis der Hilfsangebote aufeinander, wie in Punkt 5.4.1 beschrieben, ist ein Hinderungsgrund für Karl ein wirksames Hilfsangebot zu erhalten. Hilfen werden nicht danach ausgewählt, ob sie für Karl inhaltlich am passendsten sind, sondern orientieren sich an den Zuordnungskriterien, die das Hilfesystem vorgibt. Für die meisten Eigenschaften von Karl gibt es ein spezialisiertes Hilfsangebot in der Regelversorgung. Es zeigt sich, dass er allen Personenkreisen entspricht und dadurch nirgendwo in die Hilfe passt. In jedem Hilfsangebot der Regelversorgung gibt es Aspekte die dafür sprechen, dass ein anderes Hilfsangebot passender ist oder er die Hilfe aufgrund seiner Besonderheiten verliert. Der Aspekt der Beziehungskontinuität wird aufgrund von Zuständigkeiten der einzelnen Hilfsangebote aus den Augen verloren und somit besteht das Risiko, dass Karl sich nicht auf eine passende Unterstützung einlassen kann, weil er einen weiteren Beziehungsabbruch oder Beziehungsaufbau scheut.

Auch die in Punkt 5.4.2 benannten Gesichtspunkte wie Betreuungsverträge, Konzeptionen Hausordnungen sowie Miet- und Nutzungsverträge orientieren sich nicht an der Lebenswelt und dem Alltag Karls. Daraus können sich für ihn unüberwindbare Hürden zur Annahme der Hilfe ergeben oder es können Gründe für das „Scheitern“ einer Hilfe entstehen. Weitere Negativerfahrungen verschlechtern die Chance auf die Inanspruchnahme einer neuen, passenden Hilfe für Karl.

Die Hilfen gemäß §§ 53 ff. SGB XII sind für Karl, aus seiner aktuellen Lebenssituation heraus, nicht, wie in der Präambel der Leistungsbeschreibungen (siehe Punkt 3.2.3) beschrieben, barrierefrei und eigenständig wahrnehmbar.

Befriedigung von Grundbedürfnissen

Durch die Betrachtung der Hilfsangebote in Abbildung 11 wurde deutlich, welche Hilfsangebote für Karl in Frage kommen, um sein Grundbedürfnis nach Schutz zu befriedigen. Unter den langfristigen Wohnangeboten ist die ASOG Unterkunft Karls

Unterstützung, Begleitung, Vermittlung ins gesamte Berliner Hilfesystem, Krisenintervention, Projekte und Aktivitäten (vgl. Gangway e. V. o. J. a). Das Angebot StreetBer versteht sich als Unterstützer und Ergänzung für das Team Brennpunkt und bietet Begleitungen zu entsprechenden weiterführende Hilfen und Beratungsstellen für Menschen an, die schwer erreichbar sind (vgl. Gangway e. V. o. J. b). Aufgrund der Angaben der Internetseiten der benannten Projekts und den Angaben des ISP – Jahresbericht 2015 lässt sich vermuten, dass insgesamt elf Sozialpädagog*innen als Straßensozialarbeiter*innen für wohnungslose oder von Wohnungslosigkeit bedrohte erwachsene Menschen in Berlin arbeiten. Es ist demnach von einem geringen Umfang der Straßensozialarbeit für wohnungslose erwachsene Menschen in Berlin auszugehen.

einzigste Möglichkeit unabhängig von Betreuungskontexten zu wohnen. Weitere Möglichkeiten zum langfristigen Wohnen bieten sich für Karl im Rahmen der Hilfen gemäß §§ 53 ff. oder §§ 67 ff. SGB XII. Der Zugang zu diesen Hilfen hält jedoch, wie in Abbildung 10 zu sehen ist, die meisten Zugangshürden für Karl vor. In den kurzfristigen Wohnmöglichkeiten stehen kaum Einzelzimmer zur Verfügung (siehe Abbildung 12), welche jedoch – wie bereits erläutert – wesentlich für Karl sein könnten, da er so seinen eigenen Rückzugsraum und die damit verbundene Ruhe erleben könnte.

In Abbildung 10 ist veranschaulicht, dass einige Angebote in der Wohnungslosenhilfe und in der Sozialen Psychiatrie wenig Zugangshürden für Karl bieten. Diese setzen jedoch weiter oben in der Bedürfnispyramide an oder bieten Karl nicht ausreichend Unterstützung, um seine physiologischen Bedürfnisse und seine Schutzbedürfnisse befriedigen zu können um daraufhin weiterführende Angebote, ohne große Zugangshürden, in Anspruch nehmen zu können (siehe Abbildung 11 Punkt 5.3).

Es ist nicht absehbar, welche Veränderungen an Bedarfen und Bedürfnissen sich bei Karl ergeben, wenn seine Lebenssituation durch die Unterstützung eines Hilfsangebotes beeinflusst wird.

6. Lösungsansätze

Wie in der bisherigen Darstellung deutlich wurde stößt die Umsetzung einer Lebensweltorientierten Sozialen Arbeit für psychisch kranke wohnungslose Menschen immer wieder an die Grenzen des Hilfesystems. Wie in Punkt 2.3 beschrieben ist es die Aufgabe der Sozialen Arbeit die Strukturen für die Lebenswelt der Klient*innen zu öffnen. Eine Möglichkeit könnte der Aufbau von spezialisierten Einrichtungen für wohnungslose psychisch kranke Menschen sein. Das Errichten von spezialisierten Einrichtungen für Menschen mit einer Doppel- und Mehrfachdiagnose beschreibt Nouvertné als fatal, da diese Diagnosen keine Ausnahme bilden (Nouvertné 2017: 23). Auch wenn es nicht der Regelfall ist, dass wohnungslose Menschen psychisch erkrankt sind oder psychisch erkrankte Menschen wohnungslos sind, kann die Entstehung von spezialisierten Einrichtungen für diese Personengruppe ebenso als fatal angesehen werden. Spezialisierte Einrichtungen bilden neue Einheiten und untergliedern die bereits bestehenden Hilfesäulen, woraus sich weitere, differenzierte Zugangsvoraussetzungen ergeben. Spezielle Zugangsvoraussetzungen führen zu der weiteren Kategorisierung eines Menschen und der Notwendigkeit die Berechtigung des Zugangs nachzuweisen. Spezialisierte Einrichtungen richten häufig den Fokus auf eine Thematik und lassen die

Ganzheitlichkeit und die Wechselwirkungen der Problemlage des Menschen außer Acht. Betroffene kritisieren genau diese Fokussierung (siehe Punkt 4.3).

Statt weitere Spezialisierungen voranzutreiben erscheint es als sinnvoll die Säulen der Hilfen durchbrechen und das Hilfesystem als Ganzes zu sehen und zu verstehen. In der Analyse wurde deutlich, dass das aktuelle Hilfesystem selbstreferentielle Strukturen herausgebildet hat, um wohnungslosen psychisch kranken Menschen eine Unterstützung anzubieten ohne jedoch die Bedarfe und Bedürfnisse der Menschen im Vordergrund zu sehen.

In der Literatur wird immer wieder die Empfehlung einer besseren Kooperation der Hilfesysteme untereinander ausgesprochen (vgl. Gerull 2010: 73) wie beispielsweise die Mitgliedschaft der Vertreter der Wohnungslosenhilfe im Gemeindepsychiatrischen Verbund (vgl. Odenwald 2014: 117). Nicht nur eine gute Kooperation, sondern auch das Zusammenbringen der verschiedenen Hilfen in einem Konzept eines Leistungserbringers scheinen wichtig zu sein, damit Betroffene nicht durch die Maschen des Hilfesystems fallen, da sie bestimmte Zugangsvoraussetzung derzeit (noch) nicht erfüllen können (vgl. ebd.: 118). Der Zusammenschluss der Säulen der Eingliederungshilfe (Sucht und allgemeine Psychiatrie) ist ebenfalls notwendig, um Lebensweltorientierte Hilfen für Betroffene anbieten zu können.

Im Rahmen der Eingliederungshilfe wird durch die Leistungsbeschreibung von Verbänden von therapeutisch betreutem Wohnen für seelisch Behinderte (siehe Punkt 3.2.3.2) der Schwerpunkt auf Beziehungskontinuität und eine flexible und bedarfsgerechte Hilfeerbringung unabhängig von der Wohnform der Klient*innen gelegt. Bezogen auf die Eingliederungshilfe bieten Verbände von therapeutisch betreutem Wohnen den Klient*innen die Möglichkeit unbürokratisch passgenaue Hilfen zu erhalten. Die Beschränkung auf die Hilfesäule der Eingliederungshilfe, sowie auf die allgemeinpsychiatrischen Angebote oder die Suchthilfe, bleibt jedoch bestehen. Durch die Leistungsbeschreibung für Verbände von therapeutisch betreutem Wohnen wird deutlich, dass die Durchgängigkeit zwischen den Leistungstypen in der Eingliederungshilfe, wenn nötig, gewünscht und gefordert wird.

Leistungsanbieter können zeitgleich Leistungsvereinbarungen zur Erbringung von Hilfen gemäß §§ 67 ff. SGB XII einreichen, um einen Verbund mit Unterstützungsmöglichkeiten für seelisch behinderte Menschen und/ oder Menschen in besonderen sozialen Schwierigkeiten anzubieten. Neben der Erbringung von Leistungen gemäß §§ 53 ff. SGB XII oder §§ 67 ff. SGB XII ist es notwendig niedrigschwellige Angebote mit in die Verbundarbeit einzubeziehen. In der Analyse wurde deutlich, dass der Zugang der betroffenen Menschen am ehesten über niedrigschwellige Hilfsangebote möglich ist.

Straßensozialarbeit bietet die meisten Optionen betroffene Menschen zu erreichen, wie sich aus der Analyse ableiten lässt.

Das Ziel einen betroffenen Menschen in die Regelversorgung zu integrieren ist deutlich erreichbarer, wenn die Beziehungskontinuität gewahrt bleibt und ein Wechsel des Leistungstypen nicht mit einem Beziehungsabbruch verbunden ist. Die Begleitung eines Menschen in verschiedenen Lebenssituation (unabhängig von Leistungstypen) lässt eine ganzheitlichere Hilfeerbringung zu. Geschaffenes Vertrauen kann konstruktiv genutzt werden, statt zum Hinderungsgrund der Annahme eines möglicherweise passenderen Hilfsangebotes zu werden. Die Beziehungskontinuität ist nicht auf eine*n Mitarbeiter*in zu beziehen, sondern auf ein, dem betroffenen Menschen bekanntes, Team, in dem er Bezugsbetreuer*innen hat, aber vor allem die Strukturen des Leistungserbringers kennt und sich demzufolge besser auf weiterführende Unterstützungen einlassen kann.

Um den komplexen Lebenslagen der Menschen gerecht zu werden, eine Fokussierung auf nur eine Thematik zu vermeiden und den Menschen in seiner Ganzheitlichkeit im Blick zu behalten, ist ein multiprofessionelles Team unerlässlich. Die Vorgaben zur personellen Ausstattung bieten in der Eingliederungshilfe deutlich mehr Möglichkeiten der Multiprofessionalität (siehe Punkt 3.2.3). Das Gefühl der Überforderung der Mitarbeiter*innen der Wohnungslosenhilfe lag, wie in Punkt 3.3 bereits benannt, nicht in der Überforderung mit den Problemlagen ihrer Klient*innen, sondern in der schwierigen Zusammenarbeit der Hilfesysteme. Dieser Aspekt würde bei der Verknüpfung beider Hilfen in einem Projekt entfallen und die Arten der verschiedenen Hilfeerbringung könnten die Möglichkeit eines passenden Angebotes für die Klient*innen, aus ihrer Lebenswelt heraus, ermöglichen. Es kann sein, dass unterschiedliche Grundhaltungen in einem multiprofessionellen Team zusammentreffen. Ein Beispiel dafür bietet Abbildung 8 mit der Darstellung der Grundhaltungen bei Sucht- und Psychosebehandlung. Nicht nur der Austausch der verschiedensten Fachrichtungen und der Betroffenen, die aktuell meist durch Hilfssäulen voneinander getrennt arbeiten, sondern auch die gemeinsame Arbeit bietet die Möglichkeit eine ganzheitliche Sicht zu entwickeln, die die Wechselwirkungen der Lebensumstände und Bewältigungsstrategien der Menschen in den Blick nimmt.

Es ist wünschenswert, dass nicht nur Leistungserbringer die bestehenden Möglichkeiten verbinden und dadurch die Versäulung des Hilfesystems in der Praxis auflockern, sondern dass auch die Kostenträger dieser Praxis der Leistungserbringer wohlwollend gegenüberstehen, statt auf die Abgrenzung der Hilfen zu beharren. Eine enge, vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern ist dafür notwendig.

Die Verbindung der Hilfen in einem Konzept eines Leistungsanbieters stellt kein spezialisiertes Angebot dar, durch das sich eine neue Hilfesäule für eine spezielle Gruppe von Menschen schafft. Für viele Menschen ist das bestehende Hilfesystem eine passende und zugängliche Unterstützung. Diese soll bestehen bleiben, es entsteht kein Nachteil für die Klient*innen, wenn ein Verbund über die Grenzen der Paragraphen hinaus von einem Leistungserbringer geführt wird. Das Bewusstsein für die unterschiedlichen Hilfeformen-, arten und ziele soll ebenfalls nicht durch einen paragraphenübergreifenden Verbund von Hilfsangeboten verloren gehen. Eine flexible Leistungserbringung, an der (sich verändernden) Lebenswelt der Betroffenen ausgerichtet, soll Ziel der Verbünde sein und stellt für Klient*innen keinerlei negative Auswirkungen dar. Es bleibt weiterhin wichtig, dass verschiedene Leistungsanbieter nebeneinander bestehen und gut miteinander kooperieren. Klient*innen müssen die Möglichkeit haben den Leistungsanbieter zu wechseln.

Wie die Analyse gezeigt hat, bieten vor allem Hilfen gemäß §§ 53 ff. SGB II Zugangsschwellen. Die soziale Psychiatrie ist derzeit wenig an der Lebenswelt ihrer Nutzer*innen orientiert und geht weiterhin von einem „hegemonialen Herrschaftswissen“ der Expert*innen aus (siehe Punkt 2.3). Nouvertné fordert folgende Veränderungen in der Hilfeerbringung und den Zugangsvoraussetzungen zu psychiatrischen Angeboten: Krankheitsuneinsichtigkeit als Symptom erkennen, dem nicht (nur) durch Zwangsmaßnahmen begegnet wird, Ablehnung von Psychopharmakabehandlung akzeptieren, das Zögern der Annahme von Hilfsangeboten akzeptieren und angemessen begegnen, Gehstrukturen der Hilfen schaffen, die Möglichkeit zur Vermeidung von Gruppen bieten, besondere Verhaltensweisen als Coping-Strategien verstehen und die individuelle Sinnhaftigkeit begreifen, Beachtung der Bedürfnispyramide vor therapeutischen Ansprüchen und Akzeptanz von Unveränderbarkeiten (vgl. Nouvertné 2017: 24). Eine Umsetzung dieser Forderungen ermöglicht die Verhandlung eines gelingenden Alltags mit attraktiven Möglichkeiten für die Betroffenen in der Hilfeerbringung. Auf dieser Basis kann eine Veränderungsmotivation und ein Hilfewunsch bei den Betroffenen entstehen (siehe Punkt 2.3). Brücke betont an einem Fallbeispiel eines wohnungslosen psychisch erkrankten alkoholabhängigen Menschen, dass ohne eine attraktive Zukunftsperspektive für den Betroffenen die Motivation eines suchtmittelfreien Lebens kaum möglich ist. Ein suchtmittelfreies Leben muss als Gewinn für den Menschen gesehen werden (Brück 2017: 15). Diese Sichtweise ist auch für den Umgang mit einer psychischen Erkrankung anwendbar. Um eine Veränderungsmotivation zu haben und zu halten, ist es für die Betroffenen zwingend erforderlich zu wissen, welches selbst gesteckte Ziel durch Abstinenz und/ oder dem Erlernen mit Symptomen

der Erkrankung umzugehen erreichbar wird. Auf dieser Grundlage können aktuell sinnhafte Bewältigungsstrategien zum Umgang mit der Lebenssituation verändert werden. Das Ziel von Abstinenz oder geringerem Erleben von Symptomen einer psychischen Erkrankung alleine wird häufig nicht als „besseres“ Leben angesehen (auch wenn erlebte Nachteile geringer werden), da die prekäre Lebenssituation unter Umständen lediglich bewusster Erlebt wird und bewährte Bewältigungsstrategien wegfallen. Das Herausarbeiten einer erreichbaren Perspektive kann ein langwieriger Prozess sein, der viel Zeit und Mut beansprucht. Rückfälle gehören zu diesem Prozess dazu und bedürfen eines Hilfesystems, das die Betroffenen damit nicht alleine lässt oder gar aufgrund dessen die Hilfen beendet, sondern auffängt und darin unterstützt, eine individuelle sinnhafte Perspektive zu konkretisieren und die Hoffnung an das Erreichen dieses Zieles aufrechterhält (vgl. ebd.).

Wenn ein Wechsel von Betreuungssituationen konzeptionell aufgefangen werden kann, bietet dies die Möglichkeit einer Unterstützung, die sich an einer sich wandelnden Lebenswelt des Betroffenen orientiert. Es können mit Sicherheit nicht alle im Punkt 3 vorgestellten Leistungen, in einem Wohnverbund angeboten werden, dies ist auch nicht notwendig. Wichtig ist, dass Angebote innerhalb des Verbundes den Betroffenen die Möglichkeit bieten sich zu verändern und dabei nicht aufgrund der Veränderungen die Hilfe zu verlieren (beispielsweise abstinentes oder nicht abstinentes Leben, Bereitschaft eine psychische Beeinträchtigung anzuerkennen). Die Hilfen sollen auf horizontaler Ebene nebeneinander stehen und dadurch einen Wechsel in bedarfsgerechte Angebote ermöglichen, ohne dadurch Erarbeitetes und Vertrauensbeziehungen zu verlieren, das Gefühl des Scheiterns vermittelt zu bekommen oder zuerst neue Zugangsvoraussetzung erfüllen zu müssen, die als Hürde der Unterstützungsannahme gesehen werden können. So könnte ein Weg hin zur personenzentrierten Hilfeerbringung begonnen werden, bei der sich das Hilfesystem an die Betroffenen anpasst.

Der Aspekt, die Bedürfnispyramide, vor einem therapeutischen oder sozialpädagogischen Anspruch, zu beachten kann nicht nur eine geforderte Veränderung für sozialpsychiatrische Angebote sein, sondern auch für die Wohnungslosenhilfe. Die Orientierung an dem Grundbedürfnis Sicherheit durch Wohnen findet sich im Housing First²⁴ Ansatz wieder. Ein gesichertes Normalmietverhältnis wird als Basis zur jeweils

24 Erläuterung Housing First

Housing First ist ein Konzept, das die Stufenmodelle des Hilfesystems ablehnt. Wohnungslose Menschen sollen direkt eigene Wohnungen mit gesicherten Mietverträgen und vollen Mieterrechten- und -pflichten erhalten, statt auf dem zweiten Wohnungsmarkt für den ersten Wohnungsmarkt vorbereitet zu werden (vgl. Busch-Geertsema 2014: 156). Housing First sieht nicht nur den individuell, gesicherten Wohnraum als Grundvoraussetzung zur passgenauen Hilfeerbringung, sondern auch das Angebot von persönlichen Hilfen. Diese Hilfen sollen nachdrücklich (von einem multiprofessionellen Team) angeboten werden und die Menschen in

passenden Unterstützung betrachtet. Diese Grundvoraussetzung führt dazu, den jeweils individuellen und tatsächlichen Hilfebedarf erkennen und ermitteln zu können (vgl. Busch-Geertsema 2014: 163). Dies entspricht der Theorie Maslow's, dass die Grundbedürfnisse, in diesem Falle vor allem Schutz durch sicheren Wohnraum, erfüllt sein müssen, damit deutlich wird, welche Bedürfnisse darauf aufbauend entstehen oder sich entwickeln. Erst auf dieser Grundlage können Unterstützungsbedarfe mit dem Menschen besprochen werden.

Housing First kritisiert die weit verbreitete Praxis des Stufenmodells in der Wohnungslosenhilfe. Das Konzept sieht die Versorgung mit einer Wohnung im Normalmietverhältnis als ersten Schritt, ohne zuvor seine „Wohnfähigkeit“ beweisen zu müssen, und nicht als letzten Schritt der Hilfe vor. Begründet wird dieser Ansatz unter anderem dadurch, dass es in der Unterstützung der Menschen um die Unterstützung bei „realistischen“ Problemen, wie Busch-Geertsema schreibt, gehen sollte. Er spricht damit die Schwierigkeiten und die sich daraus ergebenden Unterstützungsbedarfe an, die sich aufgrund von Sonderwohnformen ergeben (beispielsweise Kopplung von Hilfe an Betreuung, Machtposition der „Professionellen“, Milieukonflikt etc.) (vgl. ebd.: 172). Machtstrukturen werden aufgehoben und die Orientierung der Hilfeerbringung an der Hierarchie der Bedürfnispyramide wird bedingungslos umgesetzt. Die bestehenden Hilfeleistungen, die eine Befriedigung der Grundbedürfnisse der unteren Ebenen anbieten, sind mit Zugangsschwellen versehen, die es vielen Menschen nicht ermöglichen diese anzunehmen (siehe Punkt 5). Andere Angebote bieten den Menschen keinen ausreichenden Schutz- und Rückzugsraum. Die BAG W betont, dass ASOG Unterkünfte und Notübernachtungen keinesfalls einen persönlichen Wohnraum oder weiterführende Hilfen ersetzen (vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. 2013: 8). Betroffene kritisieren negative Wohnumfelder und Milieustrukturen (siehe Punkt 4.3). Das Housing First Konzept widerspricht dem Stufenmodell der Hilfeerbringung nach dem Prinzip des aktivierenden Sozialstaates. Ein Ziel sozialstaatlicher Politik ist „[...]die Eigenverantwortung des Einzelnen [zu] aktivieren und [zu] stärken, um ihn so an seine Pflichten zu erinnern [...]“ (Dahme, Wohlfahrt 2013: 16). Die Unterstützung von Kostenträgern, Wohnungen bereitzuhalten, ohne Vorleistung des Betroffenen, um dann

ihren Wohnungen aufsuchen. Die Hilfe ist ein freiwilliges Angebot. Weder die Hilfe, noch das Mietverhältnis sind an Mitwirkung, Abstinenz, Therapie oder andere Bedingungen geknüpft. Bei Einzug muss lediglich die Zustimmung zu wöchentlichen Hausbesuchen der Helfer*innen gegeben werden. Nichtannahme der Hilfe oder Rückfälle gefährden die Wohnsituation nicht anders, als in jedem Normalmietvertrag (vgl. ebd.: 159 – 160). Der Grundgedanke lautet, dass die meisten Menschen mit passender und ausreichender Unterstützung ein normales Mietverhältnis aufrechterhalten können. Es handelt sich um ein verändertes Grundverständnis der Hilfeerbringung (vgl. ebd. 159 - 163). Aufgrund veränderter Machtstrukturen und der Aufhebung von Abhängigkeitsverhältnissen kann eine Motivationsarbeit, orientiert an den Zielen des betroffenen Menschen, erfolgen (vgl.: ebd.: 172).

Hilfsangebote, ohne klar formulierten Hilfewunsch des Betroffenen, anzubieten, stünde dem Modell des aktivierenden Sozialstaates entgegen.

Seit 2014 versuchen zwei Leistungserbringer in Berlin ein Housing First Modellprojekt zu realisieren. In Verhandlungen mit Politik und Verwaltung wurde ein Konzept ausgearbeitet, das sich dem Berliner Hilfesystem anpasst und den geltenden Rechtsnormen entspricht. Das Berliner Konzept soll insofern von dem Ursprungskonzept abweichen, als dass der anspruchsberechtigte Personenkreis nicht durch andere Unterstützungsangebote des Hilfesystems erreicht werden kann. Außerdem soll eine Motivation der Betroffenen erkennbar sein, die vermuten lässt, dass die Unterstützung erfolgreich verläuft (vgl. Bullermann, Holzinger 2017: 29). An diesen Einschränkungen ist erkennbar, dass das Hilfesystem seine Strukturen erhalten möchte und bisher keine bedingungslose, an der Lebenswelt des Betroffenen orientierte Unterstützung anbieten möchte.

Bisher war eine Umsetzung des Housing First Modells noch nicht erfolgreich und benötigt weitere Überzeugungsarbeit bei „Politik, Verwaltung, Wohlfahrtspflege und Wohnungswirtschaft“ (ebd.: 30) damit eine Finanzierung möglich wird und Wohnungen zur Verfügung gestellt werden. Trotz der Einschränkungen die in dem Berliner Housing First Konzept hingenommen wurden, nehmen zwei Leistungsanbieter ihrer Aufgabe im Sinne des Prinzips der Einmischung ernst und versuchen die Strukturen des Hilfesystems für die Betroffenen zu öffnen, wobei sie in den Begrenzungen der gewachsenen Strukturen des Sozialstaates agieren.

Durch das BTHG kann es möglich werden im Rahmen der Eingliederungshilfe passgenauere Leistungen, gerade für psychisch behinderte und/ oder chronisch abhängigkeiterkrankte Menschen, zu erhalten. Leistungen sollen in Zukunft wie ein offener Leistungskatalog in den Landesrahmenverträgen definiert sein und individualisiert für den betroffenen Menschen angeboten werden. Conty sieht die Freie Wohlfahrtspflege und die Interessenvertretung von Menschen mit Behinderung in der Verantwortung sich bei den Landesrahmenvertragsvereinbarungen für die Menschen einzusetzen, die aktuell nicht von der Eingliederungshilfe erreicht werden. Er warnt vor zu hoher Standardisierung der einzelnen Leistungsangebote, da damit Gestaltungsspielräume und Innovationen sowohl für Leistungserbringer als auch Leistungsberechtigte stark eingeschränkt werden können (vgl. Conty 2017: 15). Auch diese Aufgaben stellen das Prinzip der Einmischung der Lebensweltorientierung in den Vordergrund, um passgenaue Hilfsangebote für wohnungslose psychisch kranke Menschen bereitzuhalten.

7. Fazit

Die Betrachtung des Berliner Hilfesystems der Wohnungslosenhilfe und der Sozialen Psychiatrie macht deutlich, dass es umfangreiche Hilfsangebote für wohnungslose psychisch kranke Menschen bereithält. Die Erwartungen und Zugangsvoraussetzungen von Betroffenen veranschaulichen jedoch die Diskrepanz zwischen der Lebenswelt des Hilfesystems und der der Betroffenen. Die Anforderungen, die die Hilfsangebote an die Betroffenen stellen, machen es ihnen zum Teil unmöglich Unterstützung in Anspruch zu nehmen. Die Gründe für die Unterstützung stellen häufig die Hinderungsgründe zur Beanspruchung von Hilfe dar. Es konnte herausgearbeitet werden, dass das Hilfesystem nicht auf multiple, miteinander in Wechselwirkung stehende Problemlagen eingeht. Es bestehen wirksame und ad quate Hilfsangebote für einzelne Problemlagen, jedoch nicht für die Menschen in denen sich Schwerpunkte von Hilfsangeboten vereinen. Je komplexer die Problemlage eines Menschen ist und umso mehr Zielgruppendefinitionen er entspricht, desto unwahrscheinlicher wird eine wirksame Hilfeerbringung.

Es wird deutlich, dass es nicht eine Gruppe von wohnungslosen psychisch kranken Menschen gibt und ihnen aus diesem Grunde heraus auch nicht mit einem pauschalen Angebot zu begegnen ist. Es besteht die Notwendigkeit sich auf die individuellen Lebenswelten der Menschen einzulassen, um ihnen eine wirksame Hilfe anbieten zu können. Dies ist jedoch bei weitem nicht nur eine sozialpädagogische Aufgabe. Um die Möglichkeit zu einer wirksamen Hilfeerbringung zu haben, müssen strukturelle Bedingungen geschaffen werden, die dies ermöglichen. Dazu ist eine Abkehr von der Versäulung des Hilfesystems erforderlich.

Leistungserbringer haben die Möglichkeit über die Grenzen von Paragraphen hinaus Unterstützungen anzubieten und Konzeptionen zu entwickeln, die verschiedene Formen der Hilfeerbringung ermöglichen. Eine horizontale Hilfeerbringung im Sinne von verschiedensten Unterstützungsangeboten, die nebeneinander stehen, ist erstrebenswert. Dadurch kann der Verlust von Vertrauens- und Bezugspersonen für die Betroffenen vermieden und flexible, personenzentrierte Hilfeerbringung ermöglicht werden. Leistungserbringer können sich trotz gegebener sozialrechtlicher Rahmenbedingungen und sozialpolitischer Denkhaltungen an den Betroffenen orientieren.

Darüber hinaus besteht die sozialpolitische Aufgabe Kostenträger davon zu überzeugen, dass eine Hilfeerbringung, die an existentielle Bedingungen, wie Wohnraum gekoppelt ist, keine Basis für eine wirksame Hilfeleistung darstellt. Durch diese Kopplung können Hilfeprozesse erschwert und abgelehnt werden.

Die aktuelle sozialpolitische Reform, durch die Einführung des BTHG, bietet Möglichkeiten gewachsene Strukturen des Hilfesystems zu verändern und zu beeinflussen.

Leistungserbringer müssen sich für die Bedürfnisse der Betroffenen stark machen und für wirksame Hilfen für wohnungslose psychisch kranke Menschen einsetzen. Die scheinbar „Schwierigsten“ dürfen nicht länger als solche bezeichnet werden, sondern das Hilfesystem muss sich deren individuellen Zugangsvoraussetzungen anpassen, um wirksame Hilfen anbieten zu können.

Literaturverzeichnis

- ABGEORDNETENHAUS BERLIN (HRSG.): Drucksache 17/ 12 213. Kleine Anfrage. Obdachlosenunterkünfte in Berlin: Standards. 2013 a. Verfügbar unter: <https://kleineanfragen.de/berlin/17/12213-obdachlosenunterkuenfte-in-berlin-standards.pdf> [04.10.2017]
- ABGEORDNETENHAUS BERLIN (HRSG.): Drucksache 17/ 12 270. Kleine Anfrage. Obdachlosenunterkünfte in Berlin: Bedarf und Angebot. 2013 b. Verfügbar unter: <https://kleineanfragen.de/berlin/17/12270-obdachlosenunterkuenfte-in-berlin-bedarf-und-angebot.pdf> [03.10.2017]
- ABGEORDNETENHAUS BERLIN (HRSG.): Drucksache 17/ 15 777. Schriftliche Anfrage. Obdachlosenunterkünfte in Berlin (V): Nicht-gelistete Unterkünfte. 2015. Verfügbar unter: <http://pardok.parlament-berlin.de/starweb/adis/citat/VT/17/SchrAnfr/s17-15777.pdf> [03.10.2017]
- AMADOR, XAVIER: Lass mich – mir fehlt nicht´s! Ins Gespräch kommen mit psychisch Kranken. Stuttgart: Thieme, 2015.
- ANHORN, ROLAND; BALZEREIT, MARCUS (HRSG.): Handbuch Therapeutisierung und Soziale Arbeit. Perspektiven kritischer Sozialer Arbeit. Wiesbaden: Springer VS, 2016.
- BÄUML, JOSEF; BAUR, BARBARA; BRÖNNER, MONIKA; PITSCHEL-WALZ, GABRIELE; JAHN, THOMAS: Die SEEWOLF – Studie. Seelische Erkrankungsrate in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe im Großraum München. Freiburg im Breisgau: Lambertus, 2017.
- BERLINER GESELLSCHAFT FÜR SOZIALE PSYCHIATRIE (BDGSP) IN DER DGSP E. V. (HRSG.): Informationen für Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige zum Berliner Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG). Berlin, 2017.
- BERLINER KRISENDIENST (HRSG.): Berliner Krisendienst. o. J. Verfügbar unter: <https://www.berliner-krisendienst.de/> [Stand: 07.01.2018]
- BERNER, LAURA; HOLM, ANDREJ; JENSEN, INGA: Zwangsräumungen und die Krise des Hilfesystems. Eine Fallstudie in Berlin. 2015. Verfügbar unter: <https://u.hu-berlin.de/studie-zr> [22.10.2017]
- BRÜCK, CHRISTIAN: Wohnungslosigkeit und Sucht: zurück in welche Zukunft?! Perspektivlosigkeit als Ursache für fehlende Abstinenzmotive und Suchtmittelrückfälle bei sucht- und psychisch erkrankten Wohnungslosen. In: Soziale Psychiatrie. Heft 1, 41. Jg., 2017, S. 12 -15.
- BULLERMANN, INGO; HOLZINGER, KAREN: Housing First. Wann kommt die Umsetzung in Deutschland? In: Kerbe. Forum für soziale Psychiatrie. Nr.3, Jg. 35, 2017, S. 28 - 30.
- BUNDEARBEITSGEMEINSCHAFT DER ÜBERÖRTLICHEN TRÄGER DER SOZIALHILFE (HRSG.): Orientierungshilfe zu den Schnittstellen der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII zu anderen Leistungen („Schnittstellepapier“). 2009. Verfügbar unter: http://www.bagues.de/spur-download/bag/orientierungshilfe_schnittstellenpapier_24112009.pdf [03.10.2017]
- BUNDEARBEITSGEMEINSCHAFT WOHNUNGSLOSENHILFE E. V. (HRSG.): Position der BAG Wohnungslosenhilfe e. V. Wohnungsnotfalldefinition der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V.. 2011. Verfügbar unter: http://www.bagw.de/media/doc/POS_10_BAGW_Wohnungsnotfalldefintion.pdf [03.10.2017]
- BUNDEARBEITSGEMEINSCHAFT WOHNUNGSLOSENHILFE E. V. (HRSG.): Position der BAG Wohnungslosenhilfe e. V.. Integriertes Notversorgungskonzept: Ordnungsrechtliche Unterbringung und Notversorgung – Definitionen und Mindeststandards. Eine Empfehlung der BAG Wohnungslosenhilfe e. V.. 2013. Verfügbar unter: http://www.bagw.de/media/doc/POS_13_Integriertes_Notversorgungskonzept.pdf [03.10.2017]

- BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT WOHNUNGSLOSENHILFE E. V. (HRSG.): Pressemitteilung. Zahl der Wohnungslosen in Deutschland auf neuem Höchststand. 2015. Verfügbar unter: http://www.bagw.de/media/doc/PRM_2015_10_5_Pressemappe.pdf [09.10.2017]
- BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALES (HRSG.): Häufige Fragen zum Bundesteilhabegesetz (BTHG). 2017. Verfügbar unter: http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Schwerpunkte/faq-bthg.pdf?__blob=publicationFile&v=12 [04.10.2017]
- BUSCH-GEERTSEMA, VOLKER: Housing First: Die Wohnung als Grundvoraussetzung für weitergehende Hilfen. In: Keicher, Rolf; Gillich Stefan (Hrsg.): Wenn Würde zur Ware verkommt. Soziale Ungleichheit, Teilhabe und Verwirklichung eines Rechts auf Wohnraum. Wiesbaden: Springer, 2014, S. 155 – 177.
- CLAUSEN, JENS; EICHENBRENNER, ILSE: Soziale Psychiatrie. Grundlagen, Zielgruppen, Hilfeformen. 2. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer, 2016.
- CONTY, MICHAEL: Das Bundesteilhabegesetz. Konsequenzen des neuen Rechts für die Leistungen der sozialen Teilhabe. In: Kerbe. Forum für soziale Psychiatrie. Nr. 4, Jg. 35, 2017, S. 13 - 15.
- DAHME, HEINZ-JÜRGEN; WOHLFAHRT, NORBERT: Lehrbuch Kommunale Sozialverwaltung und Soziale Dienste. Grundlagen, aktueller Praxis und Entwicklungsperspektiven. 2. Aufl. Weinheim und Basel: Beltz Juventa, 2013.
- DEUTSCHER BUNDESTAG (HRSG.): WD 9 – 3000 – 023/15. Ruhen der Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung bei Nichtzahlung von Beiträgen. 2016. Verfügbar unter: <https://www.bundestag.de/blob/410048/4afed3fb28b52133d7a507353affb568/wd-9-023-15-pdf-data.pdf> [10.11.2017]
- DILLING, HORST; MOMBOUR, WERNER; SCHMIDT, MARTIN H.; SCHULTE-MARKWORT, ELISABETH (HRSG.): Internationale Klassifikationen psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis. 5. Aufl. Bern: Hans Huber, 2011.
- DRGALA, JÜRGEN: Die Wirkungslosigkeit des Hilfesystems für Personen mit besonderen sozialen Schwierigkeiten (§§ 67, 68 SGB XII). Zum Erfordernis angepasster Leistungen für diesen Personenkreis. Münster, Hamburg, London: LIT, 2008.
- EFFINGHAUSEN, SABRINA: Diagnose psychisch krank – ein Leben ohne Zukunft? Bewältigungsstrategien von psychisch erkrankten Menschen und Unterstützungsmöglichkeiten durch die Soziale Arbeit am Beispiel des ambulant betreuten Wohnens. Baden – Baden: Nomos, 2014.
- EPPLER, ERHARD: Was braucht der Mensch? Vision: Politik im Dienst der Grundbedürfnisse. Frankfurt am Main: Campus, 2000.
- FAIS, JÜRGEN (HRSG.): Schattenwelt. Vom Umgang mit Gewalt im psychiatrischen Arbeitsfeld. Lengerich: Pabst Science Publishers, 2014.
- FORSCHUNGSVERBUND WOHNUNGSLOSIGKEIT UND HILFEN IN WOHNUNGSNOTFÄLLEN (HRSG.): Wohnungslosigkeit und Hilfen in Wohnungsnotfällen. Gesamtbericht Oktober 2005. O. J. Verfügbar unter: www.iwu.de/forschde/dateien/FVGesamtbericht.pdf [20.10.2017]
- GALLIKER, MARK: Psychologie der Gefühle und Bedürfnisse. Theorien, Erfahrungen, Kompetenzen. Stuttgart: Kohlhammer, 2009.
- GANGWAY E. V. (HRSG.): Team BP – Streetwork an Brennpunkten. O. J. a. Verfügbar unter: <http://gangway.de/team/erwachsene/team-bp-streetwork-an-brennpunkten/> [26.11.2017]
- GANGWAY E. V. (HRSG.): StreetBer – Streetwork und Beratung. O. J. b. Verfügbar unter: <http://gangway.de/team/erwachsene/streetber-gangway-streetwork-und-beratung/> [26.11.2017]
- GEBEWO PRO GGMBH (HRSG.): Berliner Kältehilfe. O. J. Verfügbar unter: <http://www.kaeltehilfe-berlin.de/> [26.11.2017]

- GEISSLER – PILTZ, BRIGITTE; RÄBIGER, JUTTA (HRSG.): Soziale Arbeit grenzenlos. Opladen und Farmington Hill MI: Budrich UniPress, 2010.
- GERULL, SUSANNE: Grenzenlos helfen? Barrieren in der Arbeit mit psychisch kranken Wohnungslosen. In: Geißler – Piltz, Brigitte; Räßiger, Jutta (Hrsg.): Soziale Arbeit grenzenlos. Opladen und Farmington Hill MI: Budrich UniPress, 2010.
- GERULL, SUSANNE; MERCKENS, MANFRED; DUBROW, CHRISTIN (HRSG.): ‚Erfolg‘ in der Hilfe für Menschen mit besonderen sozialen Schwierigkeiten. Eine empirische Studie über fördernde und hemmende Faktoren bei Maßnahmen nach § 67 ff. SGB XII. Uckerland: Schibri, 2009.
- GERULL, SUSANNE; MERCKENS, MANFRED: Erfolgskriterien in der Hilfe für Menschen mit besonderen sozialen Schwierigkeiten. Folgestudie: Aktenanalyse und Diskussion der Gesamtergebnisse. Uckerland: Schibri-Verlag, 2012.
- GRUNWALD, KLAUS; THIERSCH, HANS (HRSG.): Praxishandbuch Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. Handlungszusammenhänge und Methoden in unterschiedlichen Arbeitsfeldern. 3. Aufl. Weinheim und Basel: Beltz Juventa, 2016.
- GRUNWALD, KLAUS; THIERSCH, HANS: Lebensweltorientierung. In: Grunwald, Klaus; Thiersch, Hans (Hrsg.): Praxishandbuch Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. Handlungszusammenhänge und Methoden in unterschiedlichen Arbeitsfeldern. 3. Aufl. Weinheim und Basel: Beltz Juventa, 2016, S. 24 -64.
- HEUSER, KLAUS; ZIMMERMANN, ANDREAS: Obdachlos und psychisch krank – Probleme innerhalb von Verwaltung und Recht. In: Nouvertné, Klaus; Wessel, Theo; Zechert, Christian (Hrsg.): Obdachlos und psychisch krank. Bonn: Psychiatrie Verlag, 2002, S. 92 – 101.
- HONIOPEK, ANDREA; THIELE, JULIEN: Wohnungslos, ohne Obdach und krank. Wo liegen die Probleme der Hilfsangebote? In: Kerbe. Forum für soziale Psychiatrie. Nr.3, Jg. 35, 2017, S. 7 – 8.
- IFW DER HS KOBLENZ: Tagungsdokumentation der Fachtagung – Menschen Ohne Wohnung – Koblenz 25.09.2014. 2. Auflage. Koblenz. 2014. Verfügbar unter: https://www.hs-koblenz.de/fileadmin/media/fb_sozialwissenschaften/IFW/Fachtag_Projekt_Wohnungslose/MasterFachtagung-Reader18.02..pdf [14.10.2017]
- JACOBI, FRANK; HÖFLER, MICHAEL; SIEGERT, JENS; MACK, SIMON; GERSCHLER, ANJA; SCHOLL, LUCIE; BUSCH, MARKUS A.; HAPKE, ULFERT; MASKE, ULRIKE; SEIFFERT, INGEBURG; GAEBEL, WOLFGANG; MAIER, WOLFGANG; WAGNER, MICHAEL; ZIELASEK, JÜRGEN; WITTCHEN, HANS – ULRICH: Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1 – MH). In: Der Nervenarzt 1, 85. Berlin, Heidelberg: Springer – Verlag, 2014, S. 77 – 87. Verfügbar unter: http://www.psychologische-hochschule.de/wp-content/uploads/2015/03/jacobi-degs-praevalenzen-nervenarzt_2014.pdf [10.10.2017]
- KEICHER, ROLF; GILLICH STEFAN (HRSG.): Wenn Würde zur Ware verkommt. Soziale Ungleichheit, Teilhabe und Verwirklichung eines Rechts auf Wohnraum. Wiesbaden: Springer, 2014.
- LIGA BERLIN (HRSG.): Positionspapier. Kosten der Trägerwohnung bei Hilfen gem. §§ 67 ff SGB XII. 0. J. Verfügbar unter: <https://www.ligaberlin.de/Kosten-der-Traegerwohnung-bei-Hilfen-gem-67-ff-SGB-XII-878899.pdf> [14.10.2017]
- LUTZ, RONALD: Wohnungslosigkeit als extreme Form sozialer Erschöpfung. In: Soziale Psychiatrie. Heft 1, 41. Jg., 2017, S. 8 – 11.
- LUTZ, RONALD; SIMON, TITUS: Lehrbuch der Wohnungslosenhilfe. Eine Einführung in Praxis, Positionen und Perspektiven. 2. Aufl. Weinheim und Basel: Beltz Juventa, 2012.
- MASLOW HAROLD ABRAHAM: Motivation und Persönlichkeit. Aus dem Amerikanischen von Paul Krontorad. 26. - 28. Tausend. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag, 1994.

- MOGGI, FRANZ; DONATI, RUTH: Psychische Störungen und Sucht: Doppeldiagnosen. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe, 2004.
- NIESTRAT, FRIEDER: Doppeldiagnose Psychose und Sucht. Von Systemen, die sprengen, zu Menschen, die leiden, kämpfen und vorankommen. In: Sadowski, Harald; Niestrat, Frieder (Hrsg.): Psychose und Sucht. Behandlung und Rehabilitation. Bonn: Psychiatrie – Verlag, 2010, S. 46 – 61.
- NOUVERTNÉ, KLAUS: Eine Kultur psychiatrische Versorgung? Perspektiven für wohnungslose psychisch kranke Menschen. In: Kerbe. Forum für soziale Psychiatrie Nr.3, Jg. 35, 2017, S. 22 – 24.
- NOUVERTNÉ, KLAUS; WESSEL, THEO; ZECHERT, CHRISTIAN (HRSG.): Obdachlos und psychisch krank. Bonn: Psychiatrie - Verlag, 2002.
- NUSSBAUM, MARTHA C.: Gerechtigkeit oder Das gute Leben. Gender Studies. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1999.
- OBERT, KLAUS: Begegnung und Umgang mit Gewalt im sozialpsychiatrischen Alltag. In: Fais, Jürgen (Hrsg.): Schattenwelt. Vom Umgang mit Gewalt im psychiatrischen Arbeitsfeld. Lengerich: Pabst Science Publishers, 2014, S.13 – 33.
- OBERT, KLAUS: Lebensweltorientierung in der Sozialpsychiatrie. In: Grunwald, Klaus; Thiersch, Hans (Hrsg.): Praxishandbuch Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. Handlungszusammenhänge und Methoden in unterschiedlichen Arbeitsfeldern. 3. Aufl. Weinheim und Basel: Beltz Juventa, 2016, S. 221 – 232.
- ODENWALD, JESSICA: Die Wohnungslosenhilfe als Teil des Gemeindepsychiatrischen Verbunds Mainz. In: Keicher, Rolf; Gillich Stefan (Hrsg.): Wenn Würde zur Ware verkommt. Soziale Ungleichheit, Teilhabe und Verwirklichung eines Rechts auf Wohnraum. Wiesbaden: Springer, 2014, S. 113 – 118.
- REKER, MARTIN: »Es muss ein gemeinsam getragenes Konzept geben« Zur Kooperation von Psychiatrie, Sucht- und Wohnungslosenhilfe. In: Soziale Psychiatrie. Heft 1, 41. Jg., 2017, S. 16 - 19.
- ROHRMANN, ECKHARD: Zur Pathologisierung von Armut und Wohnungsnot in Geschichte und Gegenwart. In: Anhorn, Roland; Balzereit, Marcus (Hrsg.): Handbuch Therapeutisierung und Soziale Arbeit. Perspektiven kritischer Sozialer Arbeit. Wiesbaden: Springer VS, 2016, S. 803 – 836.
- RUF, GERHARD DIETER: Systemische Psychiatrie. Ein ressourcenorientiertes Lehrbuch. Stuttgart: Klett – Cotta, 2005.
- RUSSO, JASNA; FINK, THOMAS: Stellung nehmen. Obdachlosigkeit und Psychiatrie aus den Perspektiven der Betroffenen. Berlin: Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband Berlin, 2003.
- SADOWSKI, HARALD; NIESTRAT, FRIEDER (HRSG.): Psychose und Sucht. Behandlung und Rehabilitation. Bonn: Psychiatrie – Verlag, 2010.
- SADOWSKI, HARALD: Die Ich-Funktionen und die Funktion des Suchtmittels. In: Sadowski, Harald; Niestrat, Frieder (Hrsg.): Psychose und Sucht. Behandlung und Rehabilitation. Bonn: Psychiatrie – Verlag, 2010, S.62 - 71.
- SCHMOLL, THOMAS: Berlin wird Hauptstadt der Obdachlosen. 2017. Verfügbar unter: <http://www.n-tv.de/panorama/Berlin-wird-Hauptstadt-der-Obdachlosen-article19626697.html> [07.01.2018]
- SEIBT, MATTHIAS: Ansprüche Psychiatrie-Erfahrener an Betreutes Wohnen. In: Siemen, Hans – Ludwig (Hrsg.): GeWOHNtes Leben. Psychiatrie in der Gemeinde. Neumünster: Paranus, 2002, S. 72- 80.
- SENATSWERWALTUNG BERLIN (HRSG.): Personalausweis, vorläufig, für Berliner Einwohner ohne festen Wohnsitz bzw. für Personen, die außerhalb von Berlin gemeldet sind. O. J. Verfügbar unter: <https://service.berlin.de/dienstleistung/306684/standort/151700/pdf/> [10.11.2017]
- SENATSWERWALTUNG FÜR GESUNDHEIT (HRSG.): Psychiatrie-Bericht Berlin. Strukturelle Rahmenplanung. 1994.

- SENATSWERWALTUNG FÜR GESUNDHEIT UND SOZIALES BERLIN (HRSG.): Angebote der
WOHNUNGSLOSENHILFE IN BERLIN. ABGESTUFTES HILFESYSTEM FÜR WOHNUNGSLOSE.
2007. VERFÜGBAR UNTER:
[HTTPS://WWW.BERLIN.DE/SEN/SOZIALES/_ASSETS/WOHNUNGSLOSE/10_ANGEBOTE_DER_WOHNUNGSLOSENHILFE_BERLIN2012.PDF](https://www.berlin.de/sen/soziales/_assets/wohnungslose/10_angebote_der_wohnungslosenilfe_berlin2012.pdf) [07.01.2018]
- SENATSWERWALTUNG FÜR GESUNDHEIT UND SOZIALES BERLIN (HRSG.):
LEISTUNGSBESCHREIBUNGEN FÜR PROJEKTE DER WOHNUNGSLOSENHILFE UND DER
STRAFFÄLLIGENHILFE IN BERLIN. 2012. VERFÜGBAR UNTER:
[HTTPS://WWW.BERLIN.DE/SEN/SOZIALES/_ASSETS/WOHNUNGSLOSE/11_LV_LEISTUNGSBESCHREIBUNGEN_2012.PDF](https://www.berlin.de/sen/soziales/_assets/wohnungslose/11_lv_leistungsbeschreibungen_2012.pdf) [07.01.2018]
- SENATSWERWALTUNG FÜR GESUNDHEIT UND SOZIALES BERLIN (HRSG.): Handbuch für das
Fallmanagement in der Eingliederungshilfe nach SGB XII (Sozialämter). 2014.
Verfügbar unter: https://www.berlin.de/sen/soziales/themen/menschen-mit-behinderung/eingliederungshilfe/handbuch-fuer-das-fallmanagement/mdb-handbuch_endfassung_v3_0_20140423.pdf [07.01.2018]
- SENATSWERWALTUNG FÜR GESUNDHEIT, SOZIALES UND VERBRAUCHERSCHUTZ (HRSG.):
Standards für zuwendungsfinanzierte Angebote der psychiatrischen Pflichtversorgung.
Psychoziale Kontakt- und Beratungsstellen (KBS). 2006 a. Verfügbar unter:
https://www.berlin.de/lb/psychiatrie/_assets/veroeffentlichungen/standards-und-vertraege/standart_kbs.pdf [03.10.2017]
- SENATSWERWALTUNG FÜR GESUNDHEIT, SOZIALES UND VERBRAUCHERSCHUTZ (HRSG.):
Standards für zuwendungsfinanzierte Angebote der psychiatrischen Pflichtversorgung.
Beratungsstelle für alkohol- und medikamentenabhängige Menschen (Standards/
Anforderungsprofil). 2006 b. Verfügbar unter:
https://www.berlin.de/lb/psychiatrie/_assets/veroeffentlichungen/standards-und-vertraege/standart_beratungsstelle.pdf [07.01.2018]
- SENATSWERWALTUNG FÜR GESUNDHEIT, SOZIALES UND VERBRAUCHERSCHUTZ (HRSG.):
Standards für zuwendungsfinanzierte Angebote der psychiatrischen Pflichtversorgung.
Zuverdienst. 2006 c. Verfügbar unter:
https://www.berlin.de/lb/psychiatrie/_assets/veroeffentlichungen/standards-und-vertraege/standart_zv.pdf [03.10.2017]
- SENATSWERWALTUNG FÜR GESUNDHEIT, UMWELT UND VERBRAUCHERSCHUTZ (HRSG.):
Psychiatrie in Berlin. Information und Orientierung. 7. Auflage. 2011. Verfügbar unter:
https://www.berlin.de/lb/psychiatrie/_assets/veroeffentlichungen/publikationen/psychberlin_2011_deutsch_barrierefrei.pdf [07.01.2018]
- SENATSWERWALTUNG FÜR INTEGRATION, ARBEIT UND SOZIALES (HRSG.):
Anlage 2 zur Vereinbarung zwischen dem Land Berlin und der Regionaldirektion
Berlin-Brandenburg der Bundesagentur für Arbeit zur Regelung über die örtliche
Zuständigkeit für wohnungslose Leistungsberechtigte nach SGB II. Beschreibung des
Verfahrens bei der Unterbringung akut wohnungsloser Menschen. o. J. a. Verfügbar
unter: https://www.berlin.de/sen/soziales/themen/berliner-sozialrecht/kategorie/sonstige/vereinbarung_wohnungslose_anlage2-573376.php
[07.01.2018]
- SENATSWERWALTUNG FÜR INTEGRATION, ARBEIT UND SOZIALES (HRSG.): Integriertes
Sozialprogramm (ISP). Jahresbericht 2015. O. J. b. Verfügbar unter:
https://www.berlin.de/sen/soziales/_assets/vertraege/rahmenfoerdervertrag/microsoft-word-isp-jahresbericht_2015.pdf [03.10.2017]
- SENATSWERWALTUNG FÜR INTEGRATION, ARBEIT UND SOZIALES (HRSG.): Rote Nr.: 1631 A.
2009. Verfügbar Unter: <https://www.parlament-berlin.de/ados/16/Haupt/vorgang/h16-1631.A-v.pdf> [14.10.2017]

- SENATSWERWALTUNG FÜR INTEGRATION, ARBEIT UND SOZIALES (HRSG.):
 Ausführungsvorschriften über die örtliche Zuständigkeit für die Leistungen der
 Sozialhilfe nach dem SGB XII (AV Zuständigkeit Soziales – AV ZustSoz). 2013.
 Verfügbar unter: https://www.berlin.de/sen/soziales/themen/berliner-sozialrecht/kategorie/ausfuehrungsvorschriften/av_zustsoz-571936.php [07.01.2018]]
- SENATSWERWALTUNG FÜR INTEGRATION, ARBEIT UND SOZIALES (HRSG.): Berliner
 Rahmenvertrag gemäß § 79 Abs. 1 SGB XII für Hilfen in Einrichtungen einschließlich
 Diensten im Bereich Soziales (- BRV -). In der Fassung vom 01.04.2017. Anlage 1 a.
 Leistungsbeschreibung für den Bereich Seelisch behinderte Menschen.
 Leistungsbeschreibung für therapeutisch betreutes Einzelwohnen für seelisch
 Behinderte. 2014 a. Verfügbar unter:
https://www.berlin.de/sen/soziales/_assets/vertraege/sgb-xii/kommission-75/beschluesse/2013/mdb-brv_anlage1_lb_bew.pdf [14.10.2017]
- SENATSWERWALTUNG FÜR INTEGRATION, ARBEIT UND SOZIALES (HRSG.): Berliner
 Rahmenvertrag gemäß § 79 Abs. 1 SGB XII für Hilfen in Einrichtungen einschließlich
 Diensten im Bereich Soziales (- BRV -). In der Fassung vom 01.04.2017. Anlage 1 a.
 Leistungsbeschreibung für den Bereich Seelisch behinderte Menschen.
 Leistungsbeschreibung für therapeutische betreute Tagesstätten und
 Beschäftigungsstätten für seelisch behinderte Menschen. 2014 b. Verfügbar unter:
https://www.berlin.de/sen/soziales/_assets/vertraege/sgb-xii/kommission-75/beschluesse/2013/mdb-brv_anlage1_lb_tbsb.pdf [14.10.2017]
- SENATSWERWALTUNG FÜR INTEGRATION, ARBEIT UND SOZIALES (HRSG.): Berliner
 Rahmenvertrag gemäß § 79 Abs. 1 SGB XII für Hilfen in Einrichtungen einschließlich
 Diensten im Bereich Soziales (- BRV -). In der Fassung vom 01.04.2017. Anlage 1 e.
 Leistungsbeschreibungen für den Personenkreis nach § 67 SGB XII.
 Leistungstypbeschreibung WuW. 2014 c. Verfügbar unter:
https://www.berlin.de/sen/soziales/_assets/vertraege/sgb-xii/kommission-75/berliner-rahmenvertrag/anlage-5/mdb-brv_anlage_5_lb_72wuw.pdf [14.10.2017]
- SENATSWERWALTUNG FÜR INTEGRATION, ARBEIT UND SOZIALES (HRSG.): Berliner
 Rahmenvertrag gemäß § 79 Abs. 1 SGB XII für Hilfen in Einrichtungen einschließlich
 Diensten im Bereich Soziales (- BRV -). In der Fassung vom 01.04.2017. Anlage 1 e.
 Leistungsbeschreibungen für den Personenkreis nach § 67 SGB XII.
 Leistungstypbeschreibung BEW. 2014 d. Verfügbar unter:
https://www.berlin.de/sen/soziales/_assets/vertraege/sgb-xii/kommission-75/berliner-rahmenvertrag/anlage-5/mdb-brv_anlage_5_lb_72bew.pdf [07.01.2018]
- SENATSWERWALTUNG FÜR INTEGRATION, ARBEIT UND SOZIALES (HRSG.): Berliner
 Rahmenvertrag gemäß § 79 Abs. 1 SGB XII für Hilfen in Einrichtungen einschließlich
 Diensten im Bereich Soziales (- BRV -). In der Fassung vom 01.04.2017. Anlage 1 e.
 Leistungsbeschreibungen für den Personenkreis nach § 67 SGB XII.
 Leistungstypbeschreibung BGW. 2014 e. Verfügbar unter:
https://www.berlin.de/sen/soziales/_assets/vertraege/sgb-xii/kommission-75/berliner-rahmenvertrag/anlage-5/mdb-brv_anlage_5_lb_72bgw.pdf [14.10.2017]
- SENATSWERWALTUNG FÜR INTEGRATION, ARBEIT UND SOZIALES (HRSG.): Berliner
 Rahmenvertrag gemäß § 79 Abs. 1 SGB XII für Hilfen in Einrichtungen einschließlich
 Diensten im Bereich Soziales (- BRV -). In der Fassung vom 01.04.2017. Anlage 1 e.
 Leistungsbeschreibungen für den Personenkreis nach § 67 SGB XII.
 Leistungstypbeschreibung DBW. 2014 f. Verfügbar unter:
https://www.berlin.de/sen/soziales/_assets/vertraege/sgb-xii/kommission-75/berliner-rahmenvertrag/anlage-5/mdb-brv_anlage_5_lb_72dbw.pdf [14.10.2017]

- SENATSWERWALTUNG FÜR INTEGRATION, ARBEIT UND SOZIALES (HRSG.): Berliner Rahmenvertrag gemäß § 79 Abs. 1 SGB XII für Hilfen in Einrichtungen einschließlich Diensten im Bereich Soziales (- BRV -). In der Fassung vom 01.04.2017. Anlage 1 e. Leistungsbeschreibungen für den Personenkreis nach § 67 SGB XII. Leistungstypbeschreibung UGH. 2014 g. Verfügbar unter: https://www.berlin.de/sen/soziales/_assets/vertraege/sgb-xii/kommission-75/berliner-rahmenvertrag/anlage-5/mdb-brv_anlage_5_lb_72ugh.pdf [14.10.2017]
- SENATSWERWALTUNG FÜR INTEGRATION, ARBEIT UND SOZIALES (HRSG.): Berliner Rahmenvertrag gemäß § 79 Abs. 1 SGB XII für Hilfen in Einrichtungen einschließlich Diensten im Bereich Soziales (- BRV -). In der Fassung vom 01.04.2017. Anlage 1 e. Leistungsbeschreibungen für den Personenkreis nach § 67 SGB XII. Leistungstypbeschreibung KRI. 2014 h. Verfügbar unter: https://www.berlin.de/sen/soziales/_assets/vertraege/sgb-xii/kommission-75/berliner-rahmenvertrag/anlage-5/mdb-brv_anlage_5_lb_72kri.pdf [14.10.2017]
- SENATSWERWALTUNG FÜR INTEGRATION, ARBEIT UND SOZIALES (HRSG.): Berliner Rahmenvertrag gemäß § 79 Abs. 1 SGB XII für Hilfen in Einrichtungen einschließlich Diensten im Bereich Soziales (- BRV -). In der Fassung vom 01.04.2017. Anlage 1 a. Leistungsbeschreibung für den Bereich Seelisch behinderte Menschen. Leistungsbeschreibung für therapeutisch betreute Wohngemeinschaften für seelisch Behinderte. 2014 i. Verfügbar unter: https://www.berlin.de/sen/soziales/_assets/vertraege/sgb-xii/kommission-75/beschluesse/2013/mdb-brv_anlage1_lb_twg.pdf [14.10.2017]
- SENATSWERWALTUNG FÜR INTEGRATION, ARBEIT UND SOZIALES (HRSG.): Berliner Rahmenvertrag gemäß § 79 Abs. 1 SGB XII für Hilfen in Einrichtungen einschließlich Diensten im Bereich Soziales (- BRV -). In der Fassung vom 01.04.2017. Anlage 1 a. Leistungsbeschreibung für den Bereich Seelisch behinderte Menschen. Leistungsbeschreibung für therapeutisch betreute Übergangsheime für seelisch Behinderte. 2015 a. Verfügbar unter: https://www.berlin.de/sen/soziales/_assets/vertraege/sgb-xii/kommission-75/berliner-rahmenvertrag/anlage-1/brv_anlage1_lb_tbusb.pdf [14.10.2017]
- SENATSWERWALTUNG FÜR INTEGRATION, ARBEIT UND SOZIALES (HRSG.): Berliner Rahmenvertrag gemäß § 79 Abs. 1 SGB XII für Hilfen in Einrichtungen einschließlich Diensten im Bereich Soziales (- BRV -). In der Fassung vom 01.04.2017. Anlage 1 a. Leistungsbeschreibung für den Bereich Seelisch behinderte Menschen. Leistungsbeschreibung für therapeutisch betreute Heime für seelisch Behinderte. 2015 b. Verfügbar unter: https://www.berlin.de/sen/soziales/_assets/vertraege/sgb-xii/kommission-75/berliner-rahmenvertrag/anlage-1/brv_anlage1_lb_tbsb.pdf [14.10.2017]
- SENATSWERWALTUNG FÜR INTEGRATION, ARBEIT UND SOZIALES (HRSG.): Berliner Rahmenvertrag gemäß § 79 Abs. 1 SGB XII für Hilfen in Einrichtungen einschließlich Diensten im Bereich Soziales (- BRV -). In der Fassung vom 01.04.2017. Anlage 1 a. Leistungsbeschreibung für den Bereich Seelisch behinderte Menschen. Leistungsbeschreibung für Verbände von therapeutisch betreutem Wohnen für seelisch Behinderte. 2015 c. Verfügbar unter: https://www.berlin.de/sen/soziales/_assets/vertraege/sgb-xii/kommission-75/berliner-rahmenvertrag/anlage-1/brv_anlage1_lb_vt.pdf [14.10.2017]
- SENATSWERWALTUNG FÜR INTEGRATION, ARBEIT UND SOZIALES (HRSG.): Berliner Rahmenvertrag gemäß § 79 Abs. 1 SGB XII für Hilfen in Einrichtungen einschließlich Diensten im Bereich Soziales (- BRV -). In der Fassung vom 01.04.2017. 2017 a. Verfügbar unter: https://www.berlin.de/sen/soziales/_assets/vertraege/sgb-xii/kommission-75/berliner-rahmenvertrag/brv20170401.pdf [03.10.2017]

- SENATSWERWALTUNG FÜR INTEGRATION, ARBEIT UND SOZIALES (HRSG.): Berichterstattung zur 2. Lesung des Entwurfs des Doppelhaushalts 2018/ 2019. Kältehilfe. Vom 25.09.2017. Rote Nummer 0692. 2017 b. Verfügbar unter: <https://www.parlament-berlin.de/adosservice/18/Haupt/vorgang/h18-0692-v.pdf> [03.10.2017]
- SENATSWERWALTUNG FÜR INTEGRATION, ARBEIT UND SOZIALES (HRSG.): Rahmengeschäftsordnung (RGO) für die Steuerungsgremien Psychiatrie (SGP) in Berliner Bezirken (RGO-SGP). 2017 c. Verfügbar unter: http://www.berlin.de/sen/soziales/themen/berliner-sozialrecht/kategorie/sonstige/rgo_sgp-573372.php [07.01.2018]
- SIEMEN, HANS – LUDWIG (HRSG.): GeWOHNtes Leben. Psychiatrie in der Gemeinde. Neumünster: Paranus, 2002.
- WESSEL, THEO: Im »Bermuda-Dreieck« - Patienten zwischen Psychiatrie, Obdachlosenhilfe und Suchtkrankenhilfe. In: Nouvertné, Klaus; Wessel, Theo; Zechert, Christian (Hrsg.): Obdachlos und psychisch krank. Bonn: Psychiatrie - Verlag, 2002.
- ZECHERT, CHRISTIAN: Prekär und ungelöst. Die Situation der psychisch kranken Wohnungslosen – eine Übersicht. In: Soziale Psychiatrie. Heft 1, 41. Jg., 2017, S.4 – 7.

Erklärung

Hiermit versicher ich gemäß § 17 Absatz 10 der ‚Rahmenstudien- und prüfungsordnung (RSPO) der ‚Alice-Salomon‘ - Hochschule für Sozialarbeit und Sozialpädagogik Berlin‘, dass ich diese Masterarbeit selbständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und alle wörtlich oder sinngemäß übernommenen Textstellen als solche kenntlich gemacht habe.

Die Masterarbeit hat keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegen.

Berlin, den _____

(Datum)

(Unterschrift)