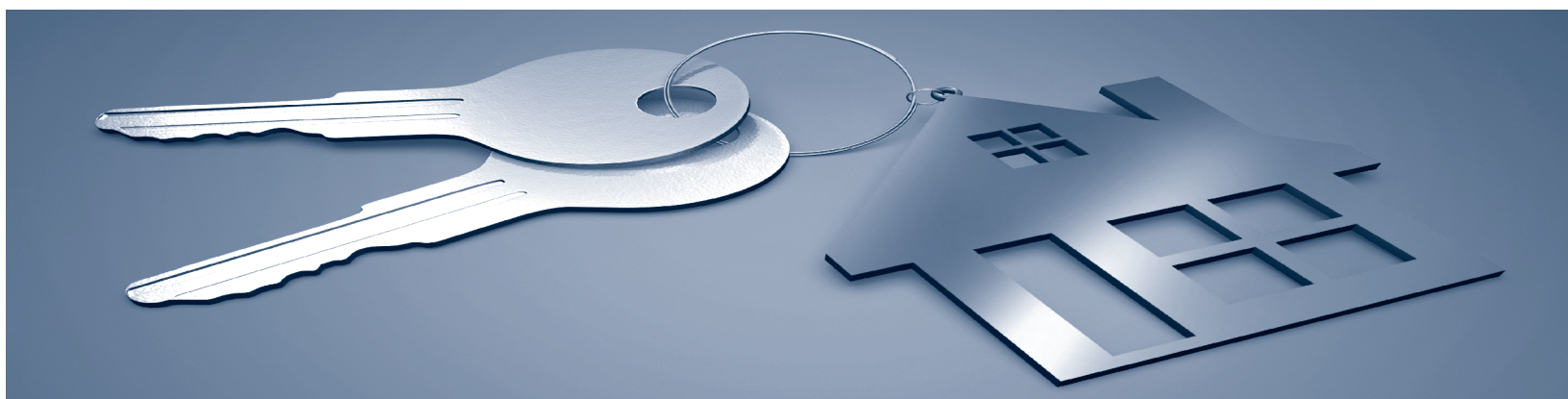


Kerbe



Forum für
soziale Psychiatrie

4 2021 November
Dezember
Januar
39. Jahrgang



THEMENSCHWERPUNKT

**Wohnen – gesellschaftliche Herausforderung
– pädagogisch-therapeutisches Milieu**

Ein Gespräch über das
Stigma psychischer Erkrankung

3 Editorial

4 Themenschwerpunkt

🔵 **Wohnen und psychiatrische Versorgung**
Ein Beitrag über den Forschungsstand, Dirk Richter u. Matthias Jäger, Seite 4

🔵 **Wohnungselend, Wohnmaschinen und Räume der Aneignung**
150 Jahre Wohnen: Ein Rückblick, Andreas Hofer, Seite 7

🔵 **Architektur am Rande der Gesellschaft**
Ein Interview mit den Architekten Alexander Hagner und Ulrike Schartner, Seite 10

🔵 **Wohnungsmangel und wohnbezogene Hilfen**
Angebote für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, Johannes Schädler, Seite 13

🔵 **Selbst Wohnraum schaffen?**
Michael Knecht, Seite 16

🔵 **Holpriger Perspektivenwechsel**
Vom Wohnen zu den komplexen Teilhabebedarfen, Matthias Rosemann, Seite 18

🔵 **Absichtsvoll Absichtslos**
Was ermöglicht hilfreiche Beziehungen in der ambulanten Begleitung?, Oliver Koenig, Seite 21

🔵 **Wie wirksam ist Wohnunterstützung?**
Ein Vergleich von Unterstützungsangeboten in der eigenen Wohnung und solchen in besonderer Wohnform, Thomas Beblo, Martin Driessen, Lorenz B. Dehn, Ingmar Steinhart und Günther Wienberg, Seite 24

🔵 **Die „Modelltreue-Skala Selbstbestimmtes Wohnen (MSSW)“**
Kriterien für Selbstbestimmtes Wohnen mit Unterstützung, Günther Wienberg, Dirk Richter, Franziska Myszor und Ingmar Steinhart, Seite 27

🔵 **Intensive Formen der Wohnunterstützung aus Nutzendensicht**
Eine qualitative Studie zu Motiven, Zielen und Erwartungen psychisch erkrankter Menschen, Julia Grochtmann, Günther Wienberg, Martin Driessen und Ingmar Steinhart, Seite 29

🔵 **„Schon allein zu wissen, ich habe einen Zufluchtsort, hilft“**
Ambulant betreutes Wohnen als Balanceakt zwischen Beziehungsangebot und professioneller Distanz, Isabelle Riedlinger, Seite 32

🔵 **„Aus der Anstalt ins Quartier“**
Wie der ambulante Träger Daheim e.V. eine quartiersnahe Versorgung im Kreis Gütersloh ermöglicht, Bernd Meißnest, Seite 34

🔵 **Zur Rolle des Betreuten Wohnens in Familien**
Reinhold Eisenhut, Seite 36

🔵 **Das Konzept des „Hotel Plus“**
Wohnangebote für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen in Köln, Elisa Ostermann und Andrea Lohmann, Seite 38

🔵 **WohnenPlus – das Neuköllner Modell**
Gelungene Schnittstellenarbeit zwischen psychiatrischer Versorgungsklinik, Wohnungsnotfallhilfe und Eingliederungshilfe, Olaf Hardt und Monika Trendelenburg, Seite 40

43 Spectrum

🔵 **Über das Stigma psychischer Erkrankung**
Nicolas Rüschi im Gespräch mit Klaus Gauger, Seite 43

47 Termine

EDITORIAL

Liebe Leserin,
lieber Leser

Wohnen ist für alle Menschen grundsätzlich von zentraler Bedeutung. Die Verfügung über Wohnraum, der bezahlbar, ausreichend und menschenwürdig ist, gilt aber schon lange nicht mehr als eine Selbstverständlichkeit, vor allem für Menschen in prekären Lebenslagen. Dazu gehört ein nicht unwesentlicher Teil der psychisch erkrankten Menschen. Mit diesem Heft der Kerbe versuchen wir, ein vielfältiges und breites Spektrum der Thematik *Wohnen für psychisch kranke Menschen* auszuleuchten.

Wohnen ist angesichts der wachsenden Zahl der wohnungslosen Menschen und der vielen Menschen in prekären Wohnungslagen ein fragiles Grundrecht geworden. Der Sozialraum, der Wohnraum und das Wohnen bilden nicht nur zentrale Kategorien der Alltagstheorie. Sie bestimmen nicht unwesentlich das alltägliche Leben aller Menschen und damit auch der psychisch erkrankten Menschen, deren Wohnsituation häufig dominiert ist von Problemen und Defiziten: Wohnungslosigkeit, (drohende) Wohnungskündigung, Suche nach in der Regel überbelegtem Wohnraum, konflikthafte Wohngegend in sozialen Brennpunkten in Verbindung mit schlechter bis desaströser Wohnqualität. Kurzum: ein nicht unbeträchtlicher Teil der psychisch kranken Menschen in prekären Lebenslagen ist von der Dimension „Wohnen“ vielfach, vielfältig und intensiv betroffen.

Dementsprechend gestaltet sich auch der breite Bogen der Beiträge in diesem Heft: Zuerst erfolgt die Entfaltung eines Rahmens zur Dimension *Wohnen und Wohnraum*: Wie möchten psychisch kranke Menschen wohnen? Wie sieht die Planung und die Architektur von Wohnraum für Menschen in prekären Lebenslagen aus? Wird die Wohlfahrtspflege für ihre

Adressat*innen zu einem immer wichtigeren Akteur auf dem Immobilienmarkt im Hinblick auf die Akquise und die Verwaltung von Wohnraum, weil die Kommunen ihrer genuinen Aufgabe der diesbezüglichen Daseinsfürsorge nicht angemessen nachkommen?

Der zweite (größere) Teil des Heftes befasst sich ausführlich mit der Thematik der Selbstbestimmung bei der Wohnunterstützung und den vielfältigen Wohnformen für psychisch kranke Menschen:

Wissenschaftliche Erhebungen und Studien u.a. zur Einschätzung, Bewertung und Qualität des Wohnens mit Assistenz für den Personenkreis, zur Zufriedenheit der betroffenen Menschen und ein Vergleich zwischen verschiedenen Angebotsformen des Wohnens für psychisch kranke Menschen in Verbindung mit der Frage, wie und was wirkt bei den Menschen, die Assistenz in Anspruch nehmen und wie sieht deren Einschätzung selbst aus?

Abschließend richtet sich der Blick auf die sozialpsychiatrische Alltagsarbeit in verschiedenen wohnraumbezogenen Arbeitsfeldern und Bereichen, vom Betreuten Wohnen in Familien über gelingende Wohnformen im Sozialraum bis hin zur Arbeit mit wohnungslosen psychisch kranken Menschen verbunden mit der Perspektive, „sie von der Straße zu holen“.

Wir wünschen Ihnen eine anregende Lektüre der Beiträge zu dieser zentralen Thematik sozialpsychiatrischer Arbeit und freuen uns über Ihre Rückmeldungen.

Jürgen Armbruster
Klaus Obert
Michael Schulz
Ingmar Steinhart



Wohnen und psychiatrische Versorgung

Ein Beitrag über den Forschungsstand¹

Von Dirk Richter und Matthias Jäger

Die Thematik des Wohnens in der psychiatrischen Versorgung hat in den letzten Jahren einen erheblichen Aufschwung in der Forschung erfahren. Der Beitrag gibt einen Überblick über den aktuellen Forschungsstand. Thematisiert werden zunächst die besonderen methodischen Herausforderungen der Wohnforschung. Bezüglich der Wohnformen hat sich das unabhängige Wohnen in der eigenen Wohnung als mindestens ebenbürtig gegenüber anderen Wohnsettings herausgestellt. Nutzende sollten ihren Präferenzen gemäß auswählen können, wie sie leben wollen.

Innerhalb der psychiatrischen Versorgungsforschung ist Wohnen ein relativ junger Forschungsbereich. Die ersten bedeutsamen Studien wurden während der Deinstitutionalisierung der psychiatrischen Versorgung in den 1980er- und 1990er-Jahren durchgeführt. Trotz der erheblichen Auswirkungen auf das Leben der betroffenen Personen und der finanziellen Relevanz mangelt es in vielen Bereichen an guten Studien, welche die Wirkung verschiedener Wohnformen untersuchen. Im deutschsprachigen Raum sind bis anhin nahezu ausschliesslich Querschnittsstudien durchgeführt worden, die zwar Probleme benennen, aber keine kausalen Zusammenhänge aufklären können.

Auch international spielt die Wohnforschung lediglich eine marginale Rolle, die sich allerdings in den letzten Jahren deutlich vergrössert hat. Während noch vor einigen Jahren wissenschaftliche Übersichtsarbeiten wie etwa die Reviews aus der Cochrane-Collaboration zum Thema Wohnen vermelden mussten, dass keine Empfehlungen aufgrund unzureichender Studienlage möglich waren (Chilvers, Macdonald und Hayes 2006),

¹ Der Beitrag ist eine Überarbeitung folgender Publikation: Dirk Richter, Matthias Jäger: Wohnforschung im Kontext der psychiatrischen Versorgung – Methodische Probleme und aktueller Forschungsstand, in: Carlo Fabian, Esther Müller, Jacqueline Zingarelli, Andreas Daurù (Hrsg.): Housing First – Ein (fast) neues Konzept gegen Obdachlosigkeit. Basel: Fachhochschule Nordwestschweiz 2020, Seite 64–77.

hat sich dies in den letzten Jahren sehr zum Besseren verändert. Die deutliche Zunahme von Forschungs-Publikationen zum Wohnen für Menschen in Obdachlosigkeit («Housing First») erzeugt neue Chancen für zusammenfassende Meta-Studien, welche die Daten aus mehreren Einzelprojekten summarisch analysieren. Derartige systematische Übersichten und Meta-Analysen wurden gerade in jüngster Zeit verschiedentlich veröffentlicht, wie unten noch zu berichten sein wird. Allerdings erfährt die Zielgruppe der Menschen ohne direktes Risiko der Obdachlosigkeit erst seit kurzem die entsprechende wissenschaftliche Aufmerksamkeit auf einem hohen methodischen Niveau.

Methodische Herausforderungen

Im Rahmen empirischer Wirkungsforschung spielen randomisierte kontrollierte Studien eine zentrale Rolle. Die Anwendung dieses «Goldstandards» für interventionelle Forschung ist generell, jedoch insbesondere bei der Evaluation komplexer Systemintervention wie der Wohnversorgung, mit einer Reihe von Problemen verbunden. Nicht zuletzt aus forschungsethischen Gründen sind naturalistische quasi-experimentelle Studien sowie deskriptive nicht-experimentelle Studien in diesem Bereich häufiger, ihnen wird aber eine geringere Evidenz zugeschrieben, das Ergebnis ist weniger aussagekräftig. Diese Studiendesigns haben jedoch Vorteile in der praktischen



Dirk Richter

Berner Fachhochschule, Departement Gesundheit; Universitäre Psychiatrische Dienste Bern; Zentrum Psychiatrische Rehabilitation, Bern, Schweiz



Matthias Jäger

Direktor der Erwachsenen-Psychiatrie Baselland, Liestal, Schweiz

Anwendung für den Bereich der psychosozialen Rehabilitation. Forschende müssen deshalb für die Wahl ihres Studiendesigns immer verschiedene Aspekte abwägen.

Fehlende Klassifikation von Wohninterventionen

Um entsprechende Studien durchführen zu können, braucht es eindeutige und allgemein anerkannte Kriterien, welche beschreiben, wie Wohnsettings voneinander unterschieden werden können. Beispielsweise ist bei der in der Schweiz üblichen Benennung des «Begleiteten bzw. Betreuten Wohnen» in der Regel davon auszugehen, dass die Wohnungen an das Betreuungsangebot gekoppelt sind. In anderen Ländern wird hingegen unterstellt, dass die Nutzenden einen ortsüblichen «normalen» Mietvertrag ohne Zwischen- oder Untermiete erhalten. In der psychiatrischen Wohnforschung beginnen die methodischen Herausforderungen jedoch bereits damit, dass es weder im deutschsprachigen Raum noch international eine allgemein anerkannte Taxonomie der Wohnsettings beziehungsweise der Wohninterventionen gibt. Eine derartige Klassifikation der Settings ist jedoch unabdingbar für die Sicherstellung der Vergleichbarkeit respektive des eindeutigen Unterschieds zwischen zwei Interventionsformen. Wohnsettings oder Wohninterventionen können auf einem Kontinuum von größtmöglicher Autonomie der Klientin-

nen und Klienten bis hin zu gar keiner Autonomie abgebildet werden. Das zuerst genannte Kriterium entspräche etwa einer selbst bestimmten Unterstützung in der eigenen Wohnung und das zuletzt genannte entspräche einem geschlossenen Wohnheim, in dem die betroffenen Menschen gegen ihren Willen untergebracht sind, möglicherweise sogar in einem forensischen Kontext. Dazwischen liegen zahlreiche Abstufungen von Wohnunterstützungsformen, die oftmals von der nationalen oder gar der regionalen Sozialpolitik oder dem entsprechenden Sozialrecht definiert werden.

Anhand welcher Merkmale können Wohninterventionen klassifiziert werden? Eine erste und daher einflussreiche Systematisierung aus den USA hat auf folgende Bereiche fokussiert: Dauer des Aufenthalts, Merkmale der Nutzenden (z. B. besondere Bedürfnisse), Wohnungsmerkmale (z. B. Wohngemeinschaft und Mietvertrag) und Unterstützungsangebot (z. B. Personal vor Ort und programmatische Ausrichtung) (Siskind et al. 2013). Eine neuere britische Studie benennt die Themen Personalanwesenheit, Unterstützungsniveau, Wohnsetting als Übergang (Move-on) sowie die bauliche Struktur (Einzelwohnung oder Gruppenangebot) (McPherson, Krotofil und Killaspy 2018b). Diese Merkmale werden dann jeweils Heimsettings, betreuten Gruppenangeboten oder Unterstütztem Wohnen in der eigenen Wohnung und deren verschiedenen Varianten zugeordnet. Eine weitere neue Übersicht über die Effektivität von Unterstützungsangeboten für Personen in Obdachlosigkeit zieht die Kriterien Wohnform, Unterstützungsform und Bedingungen für die Nutzenden (z. B. Abstinenz) heran (Keenan et al. 2021)

Im Bereich der Unterstützung von Menschen in Obdachlosigkeit haben sich hingegen sogenannte Fidelity-Skalen etablieren können. Fidelity-Skalen stammen ursprünglich aus der Psychotherapieforschung, wo sie die Funktion haben, die Modell- oder Theoretie einer Therapieform in ihrer Anwendung zu prüfen. Es geht bei Fidelity-Skalen mithin um die Formulierung eines idealen Standards, beispielsweise in Form von Housing First, der dann bei realen Wohnunterstützungsprogrammen geprüft wird, inwieweit dieser Standard tatsächlich umgesetzt und eingehalten wird. Die erste Housing-First-Fidelity Skala umfasste beispielsweise die Bereiche Wohnprozesse und -strukturen, Trennung von Wohnung und Unterstützungssystem,

Unterstützungsphilosophie (v. a. Wahlfreiheit für die Klientinnen und Klienten), Umfang der Unterstützung (z. B. Arbeitsintegration) sowie Teamstruktur (u. a. Häufigkeit der Teammeetings) (Gilmer et al. 2013). Im Rahmen des WieWohnen-Forschungskonsortiums in Deutschland und in der Schweiz haben wir eine neue deutschsprachige Skala zur Überprüfung der Modelltreue von Selbstbestimmten Wohnen entwickelt (Richter et al. 2021), die in diesem Heft in dem Beitrag von Wienberg und anderen vorgestellt wird.

Präferenzen der Klientinnen und Klienten sowie Mitarbeitenden

Ein weiterer Nachteil der RCTs steckt in der zufälligen Zuteilung eines Studienteilnehmenden zur (neuen) Intervention beziehungsweise der Kontrollbedingung. Da aus ethischen Gründen meist eine vollumfängliche Information des Probanden zu allen Aspekten der Studie gefordert wird, müssen auch alle Behandlungsoptionen offengelegt werden. Bei vielen Interventionen – und dies gilt besonders auch für Wohninterventionen – bestehen eindeutige Präferenzen der Klientinnen und Klienten. Bei Wohninterventionen ist diese Präferenz klar zugunsten der eigenen Wohnung gegeben (Richter und Hoffmann 2017b). Wenn diese Präferenzen so stark ausgeprägt sind, sinkt die Bereitschaft potenzieller Teilnehmender sich in die Studie einschließen zu lassen, wenn sie sich des Risikos gewiss werden, dass sie mit einer 50-prozentigen Wahrscheinlichkeit eher in einem Heimsetting leben sollen. Insofern besteht auch hier ein Selektionseffekt, der sich erheblich auf die Durchführbarkeit der Studien auswirken kann.

Ist eine neue Intervention nur im Rahmen einer Studie zugänglich, kann dies ein Anreiz für einige Studienteilnehmende sein, die sich jedoch mit hoher Wahrscheinlichkeit von der Teilnahme wieder zurückziehen, sollten sie nicht die gewünschte Intervention erhalten (Relton et al. 2010). Umgekehrt gilt aber auch: Wenn bereits alle Behandlungsoptionen der Studie in der Routineversorgung verfügbar sind, kann der Zugang zu einer Intervention üblicherweise nicht mehr an die Bedingung einer Studienteilnahme gebunden werden, was sich sehr ungünstig auf die Bereitschaft zur Studienbeteiligung auswirken kann – vor allem dann, wenn die Präferenzen so ausgeprägt sind, wie beim Wohnen im Kontext der psychiatrischen Versorgung. Dies ist ins-

besondere in Versorgungssituationen der Fall, die sich lange Zeit theoriegeleitet beziehungsweise auf der Basis klinischer Plausibilität entwickelt haben, wozu in weiten Teilen auch der Bereich Wohnversorgung für psychisch Kranke gehört (Fakhoury et al. 2002).

Es sind aber nicht nur die Präferenzen der Klientinnen und Klienten, die hier ausschlaggebend sind. Im Rahmen einer Machbarkeitsstudie in Großbritannien wurde untersucht, wie viele nicht-obdachlose Teilnehmende sich für ein RCT von Wohnsettings rekrutieren lassen. Von den mehr als 1400 angefragten Personen waren dies am Ende acht Teilnehmende (Killaspy et al. 2019). Neben den klaren Wohnpräferenzen der Teilnehmenden waren es jedoch auch die klaren Vorstellungen der Mitarbeitenden, dass bestimmte Teilnehmende bestimmte Wohnsettings „brauchen“ um sich von dort weiter in Richtung selbstständiges Wohnen zu bewegen. Diese aus der Rehabilitationsforschung bekannte Stufenleiter-Theorie ist bei Mitarbeitenden weit verbreitet. Diese Theorie hat sich jedoch empirisch nicht bestätigen lassen – nur zu einem kleinen Teil wird diese Verselbstständigung über die Zeit tatsächlich erreicht (siehe unten). Der Housing-First-Ansatz setzt sich explizit von dieser Vorstellung ab und erreicht dadurch deutlich bessere Resultate, wie unten noch ausführlicher beschrieben wird.

Aufgrund dieser komplexen methodischen Problematik sind bis heute nur wenige RCTs zum Thema Wohnsituationen psychisch Kranker verfügbar. Die bis anhin veröffentlichten RCT-Studien beziehen sich ausschließlich auf Housing-First-Interventionen bei Menschen in Obdachlosigkeit. Hier besteht offenbar ein grosser Anreiz für die Teilnehmenden, sich in die Studie einschliessen zu lassen, zumal sie eine grosse Chance erhalten, eine eigene Wohnung ausserhalb des Psychiatrie-Kontexts beziehen zu können. Die meisten Publikationen mit Teilnehmenden, die nicht obdachlos sind, beziehen sich auf naturalistische quasi-experimentelle beziehungsweise Beobachtungsstudien, bei denen die Teilnehmenden gemäss ihren Präferenzen oder gemäss den Vorgaben des Versorgungssystems platziert werden. Es ist nach neueren wissenschaftlichen Daten kaum möglich, ein RCT zum Wohnen bei nicht-obdachlosen Nutzenden durchzuführen. Eine erstes RCT wird aktuell in der Schweiz durchgeführt (Adamus et al. 2020). Damit entfällt jedoch nicht

die Verpflichtung, Wohninterventionen auf ihre Effektivität hin zu untersuchen. Wenn kein RCT möglich ist, so sollten aufwändige statistische Verfahren, wie etwa das Propensity Scoring, eingesetzt werden, um allfällige Verzerrungen so weit wie möglich zu vermeiden (Adamus et al. 2020).

Aktueller Forschungsstand

Wohnpräferenzen

Die Frage der Wohnpräferenzen wurde durch einen fundamentalen Wandel bezüglich der Wahlfreiheit von Menschen mit Behinderungen angestoßen, ausgelöst durch die Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen der Vereinten Nationen aus dem Jahre 2006. Kern der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) ist ein neues Verständnis von Behinderung, das weniger auf den Menschen mit Behinderung als Problem fokussiert, sondern vielmehr auf die soziale Umwelt, welche den Menschen in seiner Teilhabe an der Gesellschaft behindert (United Nations 2006). Eine Implikation der UN-BRK ist, dass die Unterbringung in einer Sonderinstitution, wie sie etwa ein geschlossenes Wohnheim darstellt, nur auf den Wunsch der betroffenen Person hin erfolgen dürfte. Zudem ist die soziale Umwelt so unterstützend zu gestalten, dass Inklusion und soziale Netzwerke gefördert werden. In der amerikanischen Rehabilitationstheorie sind ähnliche Prinzipien schon vor mehr als 25 Jahren unter dem Motto «Choose – Get – Keep» formuliert worden (Farkas und Anthony 2010). Demnach soll die Person mit einer psychischen Behinderung ihre soziale Rolle auswählen, erhalten und behalten. Die Aufgabe von Fachpersonen in der Versorgung besteht darin, die Klientinnen und Klienten im Sinne eines Coachings zu unterstützen. Dieser Ansatz entspricht im Wesentlichen den Präferenzen der Nutzenden, wie eine Meta-Analyse unlängst zeigte. Diese Analyse schloss sowohl Studien ein, die Menschen in Obdachlosigkeit befragten wie auch Menschen mit psychischen Erkrankungen, die nicht obdachlos waren (Richter und Hoffmann 2017b). Im Ergebnis zeigte sich, dass hinsichtlich der Wohnpräferenzen keine Unterschiede zwischen den Gruppen vorhanden waren. Insgesamt präferierten 84 Prozent der befragten Personen, unabhängig von Institutionen wohnen zu wollen.

Housing First für obdachlose Personen – Wohnen vor Therapie

Housing First heißt der mittlerweile gut erforschte Ansatz dieser neueren Projekte, die mit qualitativ hochwertigen Studien evaluiert wurden (Aubry et al. 2016). Mit Housing First ist im Allgemeinen gemeint, dass obdachlose Personen mit psychischen Störungen ohne Auflagen und Vorbehandlungen direkt von der Strasse oder Notschlafstellen in eine eigene Wohnung gebracht werden – und dort nach Bedarf und eigener Präferenz von Fachpersonen unterstützt werden. Dieses Verfahren steht in einem krassen Gegensatz zur bisherigen Praxis der Wohnversorgung. Lange Zeit ging man – auch im deutschsprachigen Raum – davon aus, dass Personen, die sich rehabilitieren wollen, eine Stufenleiter durchlaufen müssen, die ihnen hilft, mit den Anforderungen der sozialen Umwelt besser zurecht zu kommen. Das bedeutete etwa, dass suchtkranke Klientinnen und Klienten vor der Aufnahme in ein Wohnprogramm eine abstinentorientierte Therapie erfolgreich absolviert haben mussten. Daran schlossen sich häufig jahrelange Aufenthalte in Wohnheimen und anderen Settings an, bevor am Ende dann die eigene Wohnung in Aussicht gestellt wurde. Die Abbruchrate in diesen Stufenleiterprogrammen war wie zu erwarten hoch, nur wenige Personen erreichten tatsächlich das Ziel der eigenen Wohnung. Housing First versucht nun, aus der Not eine Tugend zu machen und platziert die Menschen aus der Zielgruppe direkt in einer eigenen Wohnung, um sie dort anschliessend professionell zu unterstützen. Ganz ähnlich wie bei der Arbeitsrehabilitation, wo sich der Ansatz «Erst platzieren – dann trainieren» durchgesetzt hat, wird im Rahmen von Housing First versucht, dem Ziel der «unterstützten Inklusion» zu folgen (Richter, Hertig und Hoffmann 2016). Nicht ganz überraschend zeigt sich auch beim Wohnen eine Überlegenheit dieses Ansatzes gegenüber Heimeinrichtungen beziehungsweise gegenüber dem Stufenleiterprinzip. Verschiedene systematische Übersichtsarbeiten stellten Vorteile des mit Housing First umgesetzten Prinzips des unabhängigen Wohnens mit Unterstützung durch Fachpersonen gegenüber anderen, in der Regel restriktiveren Settings, fest (Richter und Hoffmann 2017a; Baxter et al. 2019; Gühne et

al. 2017; McPherson, Krotofil und Killaspy 2018a). Dies galt insbesondere für die Domäne Wohnstabilität. Bei den Gesamtkosten waren die Unterschiede nicht so deutlich. Die Ergebnisse in der sozialen Integration, der körperlichen und psychischen Gesundheit sowie in der subjektiven Bewertung waren in der Tendenz eher positiv. In Westeuropa stellt sich die Problemlage etwas anders dar als in Nordamerika. Zwar leben auch hier Menschen mit psychischen Störungen auf der Straße oder in Notunterkünften, allerdings ist die Problematik quantitativ deutlich geringer ausgeprägt, das Angebot zur Nachbetreuung und Rehabilitation ist in der Regel besser und erreicht auch mehr Personen. Dies bedeutet freilich nicht, dass kein Handlungsbedarf bestehen würde und Angebote wie Housing First hier nicht angezeigt wären.

Wohnforschung bei nicht obdachlosen Menschen mit psychischen Störungen

Leider gibt es nur sehr wenige Studien, die sich mit den Auswirkungen von Wohnsettings auf nicht-obdachlose Personen befassen haben. Für diesen Personenkreis ist bis anhin nicht eine einzige randomisiert kontrollierte Studie publiziert worden. Die bisherigen Studien sind in der Regel quasi-experimentell angelegt, das heißt, zwei oder mehr Wohnbedingungen wurden im Zeitverlauf miteinander verglichen. Was bei diesem Studiendesign entscheidend fehlt, ist die zufällige Zuweisung der Klientinnen und Klienten zu den Wohnsettings. Wie oben bereits beschrieben wurde, ist bei derartigen Studien mit Selektionseffekten zu rechnen; bestimmte Personen gehen – aus welchen Gründen auch immer – überzufällig in bestimmte Wohneinrichtungen. Die Resultate dieser Studien sind auch im Rahmen der oben genannten systematischen Übersichtsarbeiten zusammengefasst worden (Richter und Hoffmann 2017a; Gühne et al. 2017; McPherson, Krotofil und Killaspy 2018a). Hierbei zeigten sich kaum Unterschiede zwischen den Interventionsformen. Das heisst, es macht bezüglich verschiedener sozialer und gesundheitlicher Indikatoren keinen Unterschied, in welcher Wohnform die Klientinnen und Klienten unterstützt werden. In praktischer Hinsicht ist jedoch auch von Bedeutung, dass eine zunehmende Autonomie in



den Heimsettings nur selten erreicht wird. Schlussendlich sollte angesichts dieser Befundlage die Wohnpräferenz der Klientinnen und Klienten ausschlaggebend sein.

Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Zusammenfassend kann man den Stand der Wirkungsforschung von Wohnsettings folgendermaßen beschreiben: Unabhängiges Wohnen in der eigenen Wohnung ist auch bei Menschen mit schweren psychischen Störungen und mit massiven sozialen Benachteiligungen wie etwa Obdachlosigkeit mindestens ebenso erfolgreich wie die Versorgung in Heimen oder heimähnlichen Einrichtungen. Hinzu kommt die empirische Befundlage, dass eine Verselbstständigung im Rahmen des Wohnens in Heimsettings nur selten erreicht wird. Forschungsmethodisch ist aufgrund der Probleme im Zusammenhang mit RCTs darauf zu achten, dass mögliche Verzerrungen in den Beobachtungsstudien durch statistische Verfahren ausgeglichen werden. Dies ist in der WieWohnen-Studie exemplarisch geschehen.

Allerdings darf – auch im Hinblick auf die UN-Behindertenrechtskonvention – in der modernen Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen nicht allein auf Wirkungen geschaut werden, es müssen auch die Wünsche der Klientinnen und Klienten berücksichtigt werden. Und in diesem Zusammenhang ist die Forschungslage sehr eindeutig: Die Präferenzen liegen bei der eigenen Wohnung und nicht bei Heimen und heimähnlichen Einrichtungen. Entsprechend kann geschlussfolgert werden, dass diesen Präferenzen eine gewisse Priorität zugestanden werden sollte, zumal die Wirkungen zwischen den Wohnsettings nicht sonderlich unterschiedlich zu sein scheinen. In diesem Sinne empfiehlt die aktuell neu überarbeitete Leitlinie „Psychosoziale Therapien“ der deutschen Fachgesellschaft DGPPN angesichts der Forschungslage, dass Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen „... selbstbestimmt in der Gemeinde wohnen und entsprechend ihren individuellen Bedarfen und Präferenzen mobil unterstützt werden“ sollen (DGPPN 2018). ●

Literatur

Ausführliche Literaturangaben zu diesem Beitrag unter www.kerbe.info.

Wohnungselend, Wohnmaschinen und Räume der Aneignung

150 Jahre Wohnen: Ein Rückblick

Von **Andreas Hofer**

In dreißig Jahren Berufsleben habe ich als Architekt, Projektentwickler und Jurymitglied über die Gestalt vieler Wohnungen mitentschieden, den Wohnungsbau einer kleineren Stadt, Räume in denen hunderte von Menschen gezeugt wurden und tausende leben. Dabei stelle ich mir ab und zu Preisgerichte in den Sechzigerjahren des letzten Jahrhunderts vor. Ausschließlich Männer, die rauchend um riesige Modelle stehen und über die Großsiedlungen und die Stadt der Zukunft mit einer Selbstverständlichkeit entscheiden, die uns heute befremdet.

Vermutlich blicken kommende Generationen ähnlich irritiert auf unser Tun. Sie werden wahrscheinlich unsere zögerliche Reaktion gegenüber dem Klimawandel nicht verstehen und die Kleidermode und den Habitus belächeln. Gut möglich, dass sie aber die Wohnungen an sich ganz in Ordnung finden. Natürlich gibt es zwischen einem feuchten Kellerzimmer und einer Luxusvilla große Unterschiede, aber was sich als durchschnittlicher Wohnungsbau in den letzten Jahrzehnten durchgesetzt hat, scheint für die meisten zu stimmen: 30 bis 120 Quadratmeter, eine bis fünf Personen – in Krisenzeiten vielleicht auch mal doppelt so viel – Wohnungstür, Bad, Küche und ein paar Zimmer. Selbst vorindustrielle Bauern- und Handelshäuser passen – teilweise durch Umbauten – in dieses Schema. So sehr sich unsere Lebensweisen und unsere Einstellungen zu Familie, Arbeit, Kindererziehung und dem Altern ändern, erweist sich die Wohnung als robust und nur politische Umwälzungen mit erheblichen Bevölkerungsbewegungen führen dazu, dass ganze Bestände brach fallen, wie zum Beispiel im Osten Deutschlands nach der Wende. Obwohl wir die meiste Zeit unseres Alltags in Wohnungen verbringen, ist die Gestalt der Wohnung nur ein Diskurs in Fachkreisen, breite politische Debatten dagegen entfachen



Andreas Hofer

Seit Anfang 2018 Intendant der Internationalen Bauausstellung 2027 StadtRegion Stuttgart (IBA'27). In Zürich engagierte er sich für den Wohnungsbau und eine nachhaltige Stadtentwicklung.

Foto: Sven Weber

der Wohnungspreis und der Wohnungsmangel. Sie sind auch ein Grund, dass für viele Menschen Grundrisse und Wohnformen ein Luxusproblem sind – Hauptsache sie finden eine Wohnung, die ihren Bedürfnissen halbwegs entspricht und die sie bezahlen können.

Industrialisierung und Wohnungsmangel

Wohnungsmangel war es auch, der die Wohnungsfrage in der Mitte des neunzehnten Jahrhunderts überhaupt zu einem Thema und später zu einer architektonischen Disziplin machte. Vorher gab es die Wohnung als von der Arbeit getrennten Raum nur in Ausnahmefällen bei Landarbeitern, Handwerksgesellen, Beamten und dem Adel. Doch die Millionen Menschen, die in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts in die explodierenden Industriestädte strömten, machten das bezahlbare Wohnen bereits damals zu „der sozialen Frage“, die Katharina Barley 2018¹ auch für das 21. Jahrhun-



Wohnbauprojekt WagnisART im Münchner Stadtteil Schwabing-Freimann. Foto: Julia KnopBild



dert bestätigte. Die Lebensumstände in den Arbeitervierteln der europäischen Städte waren mit heutigen Verhältnissen in südostasiatischen Slums vergleichbar. Mangelnder Platz, keine hygienische Infrastruktur, schlechte Luft, Lärm und Schmutz.

Nicht nur für den jungen Friedrich Engels, der 1845 das Buch „Die Lage der arbeitenden Klasse in England“ veröffentlichte, war das erfahrene Elend politisch prägend. Sozialreformer, Wohlfahrtskommissionen, Parteien und das Bau- und Arbeitsrecht der folgenden Jahrzehnte versuchten die Lebensverhältnisse zu verbessern. Wohnungsbauprogramme, Stadt- und Infrastrukturplanung aber auch Genossenschaften und Bodenreformbewegungen entstanden.

Die Probleme waren so groß und der Schock saß so tief, dass die Diskussionen über das Wohnen bis in die Achtzigerjahre des letzten Jahrhunderts sich auf die Städte und die Vorstädte beschränkten und quantitative Aspekte im Zentrum standen. Während die englische Gartencitybewegung um 1900 noch davon träumte, Stadt und Land zu versöhnen, die Siedlungseinheiten in ihrer Dimension zu beschränken und mit Grüngürteln zu trennen, schaffte es nur die steinerne Stadt² mit ihren gewaltigen Blockrändern und Hinterhöfen, breiten Straßen und urbanen Plätzen, Millionen Menschen knappen Wohnraum in der Nähe der Fabriken und Handelszentren zu bieten. Die moderne Großstadt entstand, wenn auch die Kritik an ihr nie endete.

Die Wohnung für das Existenzminimum

Der 1907 von Künstlern, Architekten und Unternehmern gegründete Deutsche Werkbund war zwar anfangs noch stark von handwerklichem Denken geprägt,

zusehends gewannen aber die Kräfte an Einfluss, die industrielle Prozesse nicht nur für die günstigere Produktion einsetzen wollten, sondern in ihnen auch neue Gestaltungsansätze fanden. Während sich das Bauwesen bisher dem technischen Fortschritt weitgehend verweigert hatte, waren mittlerweile industrielle Produkte, insbesondere Stahl und Zement in einer Menge und zu so günstigen Preisen verfügbar, dass sie für das Bauen zugänglich waren. Daraus und mit dem Denken der Fabrikation sollte die neue Stadt entstehen.

Le Corbusier sprach in Frankreich von der Maschine zum Wohnen³. Wenn auch nicht quantitativ beim Bauen, doch diskursmächtig brach sich das neue Denken in den Zwanzigerjahren von der jungen Sowjetunion, über Europa bis in die USA Bahn. 1926 im Neubau des Bauhauses und den Meisterhäusern in Dessau und 1927 auf dem Weissenhof in Stuttgart schuf es Monumente: Glas, Stahl und Beton, kubische Formen, Licht, Luft und Sonne für den befreiten modernen Menschen. Der Funktionalismus beherrschte nicht nur die Bauweise, sondern auch das Denken. 1928 diskutierte die junge Architektengeneration in Frankfurt am Kongress: „Die Wohnung für das Existenzminimum“ wie Prinzipien aus dem Eisenbahn- und Schiffbau für den kompakten Wohnungsbau nutzbar werden könnten. In der Typisierungsabteilung des Frankfurter Hochbauamtes arbeitete Margarete Lihotzky an einer Einheitsküche, einem „Labor einer Hausfrau“, dass auf den Grundlagen der „Griff- und Schrittersparnis“ den Frauen die Arbeit erleichtert⁴. Bald tausendfach eingebaut in den Siedlungen des Neuen Frankfurts.

Neue Heimat in der Großsiedlung

Doch der Siegeszug modernistischer Konzepte erfolgte erst nach dem Zweiten

Weltkrieg beim Wiederaufbau der zerstörten Städte. Bald machten in Deutschland staatliche und parastaatliche Wohnungsbauprogramme die Notstandsgesetze der Nachkriegszeit überflüssig und sie bauten in Ost und West mit zunehmender Effizienz und Routine die Wohnungen für das Wirtschaftswunder, die für viele nur Zwischenstation auf dem Weg ins Einfamilienhaus waren.

Der Psychologe und Mediziner Alexander Mitscherlich kritisierte in seinem 1965 erschienen Buch: „Die Unwirtlichkeit der Städte“⁵ beide Strömungen, beklagte den Bedeutungsverlust des Städtischen, die Monotonie der monofunktionalen Großsiedlungen aber auch die Gesichtslosigkeit der vorstädtischen Eigenheime. Er benannte den privaten Haus- und Grundbesitz als strukturellen Mangel, grundierte seine Kritik aber auch mit einer sozialpsychologischen Entfremdung in den Mutter-Kind-Beziehungen und der Idealisierung der alten, vom Bürgertum geprägten Stadt und der innerstädtischen Orte⁶. Zusammen mit vielen Ko-Autoren aus dieser Zeit legte er damit eine problematische Spur in der Stadtkritik, die uns bis heute beschäftigt⁷.

Die Sprengung der 2800 Wohnungen der erst 15 Jahre alten Großsiedlung Pruitt-Igoe in St. Louis (Missouri) 1972 ging um die Welt und der Architekturkritiker Charles Jenks untertitelte ein Abrissbild mit dem Satz, dass hier das Ende der Moderne zu besichtigen sei⁸. In Deutschland markierte der Untergang des Großunternehmens Neue Heimat ab 1982 eine ähnliche Zäsur, die 1990 zur Abschaffung der Gemeinnützigkeit im Wohnungsbau führte. Damit und dem folgenden Rückzug von Kommunen und gemeinwohlorientierten Wohnungsunternehmungen aus dem sozialen und preisgünstigen Wohnungsbau wurden die Grundlagen für die Wohnungskrisen der letzten Jahre in den Großstädten Deutschlands gelegt.

Das 20. Jahrhundert, seine vielfältigen engagierten Reformbewegungen, der Versuch modern zu sein und moderne Errungenschaften für das Allgemeinwohl nutzbar zu machen, wurden zum großen Scheitern. Städtebau ist heute wieder Kunst, die Gesellschaft bürgerlich und die Häuser so, wie wir sie schon immer gemacht haben⁹. Abgesehen von der Unmöglichkeit, Geschichte ungeschehen zu machen, und der geistigen Enge, globale urbane Probleme mit Rezepten der Gründerzeit lösen zu wollen, entwertet diese Haltung vielfältige Lebenswelten in den Großsiedlungen am Rande der histori-



Wohnsiedlung der Neuen Heimat in Kiel-Mettenhof.

Foto: Hamburgisches Architekturarchiv

schen Städte. Diese mangelnde Sensibilität trifft nicht zuletzt viele Menschen im Osten, wo die Wohnung in der Platte sozialer Aufstieg und Sicherheit bedeutete. Wenn wir die Moderne grob zwischen 1900 und 1970 verorten, hadern wir also mittlerweile ein halbes Jahrhundert mit ihrem Erbe. Was haben wir dabei gelernt?

Nachhaltiger Wohnungsbau für eine Gesellschaft im Wandel

Die Begriffe „Stadt“ und „Wohnung“, so selbstverständlich wir sie im Alltag benutzen und so konstituierend sie für das gesellschaftliche Leben sind, entziehen sich dem präzisen wissenschaftlichen Zugang und somit auch einer systematischen Bewertung. Die Versuche, Wohnqualität zu messen, sind gescheitert. Ökonomen behaupten zwar, dass sie mit hedonistischen Modellen Faktoren der Wohnungswahl bestimmen können; diese beziehen sich aber mehrheitlich auf Standortaspekte (Wohnungen an einem Gewässer sind teurer), Ausstattungskomfort (Größe der Küche, Anzahl der Sanitärräume) oder aktuelle Moden (offene Küchen sind im Trend).

In der sozialwissenschaftlichen Wohnforschung, bei der explizit die Wohnzufriedenheit mit vielfältigen Parametern abgefragt wird, lassen sich diese kaum mehr voneinander trennen und in ihrer einzelnen Wirkung beurteilen. So kann eine Wohnsiedlung mit funktionierender Verwaltung und guter sozialer Durchmischung ein Wohnparadies sein und wenige Jahre später durch soziodemographische Umschichtungen, einen Verkauf und Vernachlässigung in eine schwer aufzuhaltende Abwärtsspirale geraten. Doch diese Faktoren sind nicht durch Architektur und sorgfältige Planung beeinflussbar. Dies führt zum Paradox, an dem viele modernistische Großprojekte gescheitert sind, dass der Versuch alles richtig zu machen, der beste Weg zum Misserfolg ist. Darauf antwortete eine in den Achtzigerjahren entstehende Bewegung von Planungsreformern mit dem Verteilen des Scheiterns auf viele Schultern und dem Versuch durch Kleinteiligkeit Resilienz in die Projekte einzubauen. In Anlehnung an die historische Stadt sollte die Parzelle Grundlage der Planung sein. In Freiburg, Tübingen und München entstanden Pioniersiedlungen mit Baugruppen, ambitionierten Energiekonzepten und hohen sozialen Ansprüchen. Viele Städte übernehmen zurzeit diese Konzepte, entwickeln Modelle für Konzeptvergaben



Die berühmte Weißenhof Siedlung in Stuttgart.

Foto: Freunde der Weißenhofsiedlung

und laden Gruppen ein, sich mit ihren Bauprojekten in größere Planungen einzubringen. Die Verfahren sind für alle Beteiligten anspruchsvoll, zeitraubend und bauökonomisch herausfordernd. In Wien und Zürich boten sich die traditionell starken Genossenschaften als Partner an. Mit sehr ähnlichen Methoden wurden sie eingeladen, Stadtbausteine zu entwickeln, die aber mit 100 bis 300 Wohnungen einen anderen Maßstab haben. Vielfalt entsteht hier teilweise durch Architektur, vor allem aber durch soziale Vermietungskonzepte, gemeinschaftliche Angebote und professionelle Verwaltungen, die Sharing-Konzepte und soziale Inklusion umsetzen können. In den letzten Jahren – nicht zuletzt getrieben durch stark steigende Baukosten – verbreitet sich dieses Modell auch in Deutschland. Das Spreefeld in Berlin mit 60 Wohneinheiten (2013), Wagnisart in München mit 138 Wohneinheiten (2016) und das IBEB in Berlin mit 87 Wohneinheiten (2018) sind erste Beispiele. Alle diese Projekte verstehen sich nicht nur als Wohn-, sondern auch als Gewerbe- und Kulturprojekte und bieten entsprechende Räume an. Die Wohnungsprogramme dort sind vielfältig, es wird mit Clusterwohnungen, Atelierräumen und Rohbau experimentiert. Soziale und integrative Programme sind selbstverständlicher Bestandteil. Der Frei- und Außenraum, häufig auch auf Dächern spielt in diesen Projekten eine entscheidende Rolle und er ist Wohnraumerweiterung und sozialer Raum der Begegnung der Bewohnenden und Schnittstelle zu einer breiteren Quartiersöffentlichkeit. Die Rechtsform als Genossenschaft sichert langfristig günstige Mieten und eine nachhaltige Bewirtschaftung. Vermutlich weisen diese Projekte den Weg in die Wohnzukunft. Sie schlagen eine Brücke zwischen den Qualitäten der traditionellen Stadt mit ihrer Vielfalt und den modernistischen Großsiedlungen.

Sie bleiben nicht in der kleinteiligen Parzellenstruktur gefangen und haben eine Größe, die soziale Organisation benötigt und ermöglicht. Und sie sind urbane Kerne der Solidarität und Gemeinschaftlichkeit, die weit in die umliegenden Quartiere ausstrahlen. So sehr wir Grete Schütte-Lihotzky für ihr Engagement bewundern, das Leben der Hausfrau mit wissenschaftlicher Präzision zu erleichtern, so sehr freuen wir uns auf eine bunte Zukunft, nehmen Fehler und Unpräzision in großen, industriell robusten Häusern in Kauf, die über Jahrzehnte Bestand haben werden und offen sind für die Aneignung unterschiedlichster Lebensentwürfe. ●

Anmerkungen

¹ Katharina Barley in der Fernsehsendung «Hart aber Fair», 28. 5. 2018

² Werner Hegemann: Das steinerne Berlin. 1930, Geschichte der größten Mietkasernenstadt der Welt (Bauwelt-Fundamente; 3). Vieweg, Braunschweig 1988, ISBN 3-528-18603-8.

³ Le Corbusier: Ein Haus ist eine Maschine zum Wohnen, L'Esprit Nouveau, Nr. 8, 1921

⁴ Die Frankfurter Küche (1927) – Kurz-Dokumentarfilm, <https://www.filmportal.de/video/die-frankfurter-kueche-1927>

⁵ Alexander Mitscherlich, Die Unwirtlichkeit unserer Städte. Anstiftung zum Unfrieden, Frankfurt a.M.: Suhrkamp 1965

⁶ Adelheid von Saldern: Gegen Entmischung und Monotonie der Städte. Alexander Mitscherlichs «Anstiftung zum Unfrieden». Zeithistorische Forschungen/Studies in Contemporary History 12 (2015), S. 152–160 © Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen 2015 | ISSN 1612-6033 (Print), 1612-6041 (Online)

⁷ Exemplarisch Richard Sennett: Handwerk. Berlin-Verlag, Berlin 2008, ISBN 3-8270-0033-5

⁸ Charles Jencks: The Language of Post-Modern Architecture. Rizzoli, New York 1977, S. 9: "the day modern architecture died."

⁹ Die These von der gescheiterten Moderne und einer Rückbesinnung auf vormoderne Konzepte vertritt explizit das Institut für Stadtbaukunst in Frankfurt a.M. um den Architekten Christoph Mäkler und den Architekturhistoriker Wolfgang Sonne. <https://www.stadtbaukunst.de>

Architektur am Rande der Gesellschaft

Das Interview führten Michael Schulz und Jürgen Armbruster

Wie können in der Architektur partizipative Projekte gelingen? Ein Interview mit den Architekten Prof. Alexander Hagner und Ulrike Schartner vom Architekturbüro gaupenraub +/- aus Wien.

Michael Schulz: *Hallo Frau Schartner, hallo Herr Hagner. Wir haben um dieses Interview gebeten, weil Sie sich in Ihrem Büro „gaupenraub +/-“ unter anderem mit architektonischen Lösungen für Menschen beschäftigen, die eher am Rand der Gesellschaft stehen, z.B. für Menschen, die keinen festen Wohnsitz haben. Wie sind Sie dazu gekommen, sich mit Wohnmöglichkeiten für obdachlose Menschen zu beschäftigen?*

Alexander Hagner: Als ich in den Achtzigerjahren von Deutschland nach Wien gekommen bin, war ich das erste Mal mit Obdachlosigkeit konfrontiert und das hat mich damals sehr betroffen gemacht. Ich wollte als Architekt dagegen etwas tun und bin auf die Vinzenzgemeinschaften gestoßen. Alles was mit „Vinzi“ beginnt, geht zurück auf verschiedene Ordensgemeinschaften, welche sich nach dem Heiligen Vinzenz von Paul benannt haben. Die Idee der Vinzenzgemeinschaften, die sich um Obdachlosigkeit kümmern ist es, Alternativen im Hinblick auf die in den Gemeinden verfügbaren Wohnmöglichkeiten anzubieten. Obwohl Städte wie zum Beispiel Wien oder auch Graz relativ viele Wohnmöglichkeiten anbieten, ist es oft nicht das Richtige und viele Menschen erreicht man mit den gängigen Angeboten nicht. Die Idee der Vinzenzgemeinschaften, die sich mit unserer Idee deckt, ist es, die Betroffenen als „Bauherr*innen“ wie alle anderen Bauherr*innen wahrzunehmen. Unabhängig davon, wieviel Geld zur Verfügung steht, wird dann gefragt: was braucht so ein Mensch? Gleichwohl spielt das Thema „Psyche“ bei jenen Menschen, die in solchen persönlichen Katastrophen verharren müssen, eine große Rolle. Konkret ringen wir immer wieder mit der Frage: Was kann ein solcher Mensch annehmen? In den Städten finden wir vielfach Gemeinschaftsunterkünfte für „overnight-



Prof. Alexander Hagner und Ulrike Schartner vom „Architekturbüro gaupenraub +/-“ in Wien.

shelters“ aber auch in Heimen – was dem monetären Funktionieren unserer Welt geschuldet ist. Die Menschen, die dort wohnen sollen, halten aber oft den oder die andere*n nicht aus und können aus diesem Grunde eine solche Unterkunft nicht aufsuchen. Mit diesen Fragen beschäftigen wir uns hier im Büro sehr stark, aber auch im Rahmen meiner Professur für Architektur in Kärnten. Dort gehe ich mit Studierenden der Frage nach: „Was haben wir in unserer Werkzeugkiste, um das Miteinander von Menschen baulich und räumlich zu befördern – wie können wir Soziabilität framen?“

Jürgen Armbruster: *Wenn Betroffene wie Bauherren behandelt werden, verändern sich auch die Prozesse. Wodurch zeichnen sich dann solche Gebäude oder Komplexe, die Sie planen und realisieren, aus?*

Ulrike Schartner: Uns ist wichtig, dass die Gebäude ein Teil der Gesellschaft werden und nicht als Enklave existieren. Für uns ist es das Ziel, dass die Gebäude neben dem Wohnen möglichst viele andere Funktionen in das Haus miteinbeziehen. So gelingt es, dass die Nachbarschaft mit teilhaben kann und Kontakte und Beziehungen entstehen können. Die verschiedenen Funktionen des Gebäudes fordern dazu auf, Dinge gemeinsam zu machen. Die VinziRast-mittendrin in Wien ist so ein Gebäude. Da gibt es neben den Wohnungen auch ein Restaurant in dem die Bewohner*innen, die aus Studierenden und ehemals obdachlosen Menschen bestehen, essen und arbeiten. Das Restaurant wird auch von der Nachbarschaft genutzt und es ist nicht mehr erkennbar, wer welchen Hintergrund hat. Man sieht dem Gebäude und dem Restaurant nicht an, dass es sich um ein „soziales Projekt“ handelt.

Jürgen Armbruster: *Wie gestalten Sie den Planungsprozess und wie beziehen Sie potenzielle Nutzer*innen mit ein?*

Alexander Hagner: Bei den Themen „Einbeziehung“ oder „Partizipation“ – was ja Modethemen sind – muss man vor allem im Hinblick auf den Aspekt der Augenhöhe ganz vorsichtig sein. Zum Beispiel kann es bei der Planung kaum Augenhöhe geben, wenn Architekten, deren Beruf es ist zu planen, mit Menschen zusammenarbeiten, die vielleicht keinen Plan lesen können. Da ist das Gefälle zu groß. Wir müssen uns also ganz genau überlegen, zu welchem Zeitpunkt und in welcher Phase frage ich wen nach welchem Beitrag. Beim Planungsprozess spielen für uns auch junge Menschen, zum Beispiel Studierende, eine wichtige Rolle, denn sie sind für uns die Zukunft. Gerade im Bereich von Randgruppen, zum Beispiel bei obdachlosen Menschen, ist das meiste, was wir denken, von Stigmatisierung geprägt. Wenn die jungen Menschen dann mal mit Betroffenen in Kontakt kommen, dann kommen die meist sehr schnell sehr gut miteinander aus. Je ausgewogener einem obdachlosen Menschen die eigene Situation erscheint, umso schwieriger ist es, ihn in solche Planungsprozesse einzubeziehen. So gelingt es uns z.B. nur sehr schwer, über Interviews herauszubekommen, wie die zukünftige Hardware für entsprechende Wohnformen bei diesen Gruppen aussehen könnte. Wir erhalten Informationen auf der einen Seite über Empathie, indem wir versuchen uns in die Beteiligten hinein zu versetzen und auch zu überlegen, was man selbst schon zu dem Thema weiß, z. B. welche Bauordnung gilt. Und zum anderen erhalten wir Informationen über die Stakeholder, also von Menschen aus

den Vereinen, für die wir arbeiten. Bei all unseren Projekten haben wir sogenannte Entwicklungsteams gebildet. Diese Teams bestanden aus Studierenden, Vereinsmitgliedern, Leuten die bereits eine Notschlafstätte hatten, Mitgliedern aus Übergangswohnheimen oder auch aus einem Heim für ehemals alkoholabhängige obdachlose Menschen. Wir versuchen ein ganz unterschiedliches Team zu bilden um das Feld zu öffnen.

Das war ein Learning aus den letzten 20 Jahren: Je unterschiedlicher die Angebote sind, die sich aus unserer Arbeit entwickeln, desto mehr Menschen erreicht man. Es gibt in diesem Bereich kein Allheilmittel. Zum Beispiel das Thema „Housing first“ kann für den einen genau das Richtige sein, für den anderen aber nicht. Wenn jemand lange auf der Straße lebt, dann lassen ihn diese Erfahrungen zu einer eigenartigen Persönlichkeit werden, was nicht böse gemeint ist. Um hier das richtige Angebot zu finden, bedarf es eines großen Spektrums an Möglichkeiten und nicht nur die Orientierung an Richtlinien. Leider machen das noch viele Städte in Verpflichtung gegenüber Steuergeldern. Deswegen schätzen wir es so, dass es Vereine gibt, die sich diesen Richtlinien nicht fügen, sondern alternative Angebote anbieten.

Jürgen Armbruster: *Sie versuchen also die Erwartungen und Bedürfnisse in den Mittelpunkt zu stellen, die sich aus dem Quartier artikulieren und sich um das Projekt herum herauskristallisieren?*

Ulrike Schartner: Genau, wenn man da sehr hellhörig ist, dann passieren plötzlich viele unerwartete Dinge und es tun sich Türen und Tore auf, mit denen man vorher nicht gerechnet hätte. Das Projekt wächst dadurch.

Alexander Hagener: Wir nennen das „Anknüpfungspunkte“ für Menschen, die am Rande der Gesellschaft sind. Das betrifft nicht nur Wohnungslose. Es gibt eine gewisse Segregation und Isolation und das verschlimmert die Situation natürlich. In Zusammenarbeit mit den Projektpartner*innen überlegen wir immer, wen wir noch hinzuholen könnten. Wir entwerfen und bauen also nicht tote Materie, sondern in Zusammenarbeit mit den unterschiedlichen Beteiligten gestalten wir Architektur mit Leben.

Jürgen Armbruster: *Woher nehmen Sie diese Freiheit? Häufig sind die Regeln für*

Bauwerke im sozialen Bereich so streng, dass ich genau weiß, dass wir jeweils 44 qm fürs Wohnen und 15 qm für die Tagesstruktur einplanen müssen. Deswegen ist das Gebäude eigentlich relativ schnell definiert, weil sich das einfach aus der Finanzierungslogik ergibt.

Alexander Hagener: Dann könnte ja der Computer das Haus generieren. Wir akzeptieren diese Logik nicht und unsere Projekte sehen deshalb anders aus. Deshalb liest man auch vermehrt über uns. Gerade, wenn wir über Menschen nachdenken, die sehr anders sind, funktioniert die von Ihnen skizzierte Logik nicht. Aus dem System heraus, dass ihnen ein Leben lang nicht hilfreich war, kann ich nur schwer eine Hilfe entwickeln. Man muss das System politisch übergeordnet, also sowohl global aber eben auch auf unsere Projekte hin hinterfragen.

Sie haben über Quadratmeter gesprochen. Wir wissen alle, dass fünf Quadratmeter wirken können wie zehn oder wie drei. Es geht nicht wirklich um Fakten und um Zahlen, sondern es geht um Schicksale und Persönlichkeiten.

Die Vereine, mit denen wir zusammenarbeiten, schaffen es fast immer das Bauen ohne öffentliche Gelder zu realisieren. Und solange ich keine öffentlichen Gelder verwende, bin ich in der Gestaltung deutlich freier.

In dem Moment wo ich eine Förderung in Anspruch nehme, habe ich auch Auflagen. In Wien wollten wir im Vinzidorf Wien eigentlich ganz andere Einheiten bauen, auch entgegen der Bauordnung. Wir haben dann manches doch in Kauf nehmen müssen, weil wir ansonsten niemals eine Baubewilligung bekommen hätten. Aber ursprünglich wollten wir viel mehr maßgeschneidert bauen, nämlich für Personen, die auch innerhalb der Stadt keine Kontakte haben, die komplett isoliert sind und unter einer Brücke oder im Gebüsch schlafen.

Ulrike Schartner: Was uns wahrscheinlich auch zugutegekommen ist, dass all unsere Gebäude eigentlich auf Bestandsgebäuden basieren, bei denen entweder an-, auf-, oder ausgebaut wurde. Das heißt es besteht schon ein Sockel an dem man sich orientieren kann. Prinzipiell werden die Gegebenheiten vor Ort weiterentwickelt.

Michael Schulz: *Wir hatten ja schon das Thema Stigmatisierung. Wie gelingt es Ihnen, dass Sie Ihre Projekte in den jeweiligen Stadtteilen umsetzen können? Ich*

stelle mir vor, dass die Bevölkerung mit den Projekten vielleicht auch ein Problem hat?

Ulrike Schartner: Das ist ganz unterschiedlich. Das Projekt, mit dem wir am längsten zu tun hatten, das „Vinzidorf Wien“ ist schon 2002 losgegangen und hat bis 2015 gebraucht. Also 13 Jahre bis es bewilligungsfähig war. Die ersten Jahre waren dabei der Baugrundsuche geschuldet. Es gab einen Verein, der das machen wollte, die Vinzenzgemeinschaft Eggenberg. Niemand wollte so eine Einrichtung bei sich haben. Schlussendlich wurde es dann auf einem Kirchengrundstück realisiert.

Aber auch da waren ganz viele Jahre Bürgerinitiativen bemüht das Projekt zu verhindern. Es sind die ärgsten Sachen gekommen wie „Ganz in der Nähe ist eine Schule und es geht nicht, dass da irgendwelche alkoholabhängigen Männer herumlungern. Da können die Kinder nicht in die Schule gehen.“ Oder auch „Wir haben da Eigentumswohnungen. Die werden an Wert verlieren, wenn so ein Projekt in der Nähe ist.“ Am Schluss hat wirklich der Verwaltungsgerichtshof eingreifen müssen und der hat dann gesagt, dass es sich um ein Baugrundstück handelt und dass wir dort bauen dürfen.

Im Hinblick auf Schulen haben wir aber auch die Erfahrung gemacht, dass bei der Einbeziehung von Schülern in entsprechende Projekte, Ängste abgebaut werden können. In einem Projekt ist es gelungen, dass die Schüler letztendlich die Häuschen für die zukünftigen Bewohner gebaut haben. Das wären dann eben auch solche „Anknüpfungspunkte“: Schulen, Anwohnerinnen und Anwohner und sonstige Gruppen müssen abgeholt werden.

Mittlerweile schauen wir bei neuen Projekten von Anfang an darauf, wer dort lebt und informieren die Leute auf Augenhöhe. Nicht mit irgendwelchen anonymen Bürgerinformationen, sondern wir verschicken kurz vorher Einladungen zu bestimmten Settings wie zum Beispiel einem Flohmarkt und sprechen mit den Leuten auf Augenhöhe. Die Flohmarktbesucher geben teils vor, sich eigentlich nur für den Flohmarkt zu interessieren, öffnen sich aber oft schnell und fragen konkret um was es bei uns geht. In so einem Zwiegespräch lässt sich die Thematik ganz anders bereiden und beleuchten. Es ist also wichtig im Vorfeld Menschen aus der Nachbarschaft zu erreichen und vielleicht sogar einige zu finden, die mitmachen würden. So kann man später denjenigen begegnen,

die sagen „Ja aber ihr müsst da ja nicht wohnen.“ und antworten „das ist richtig, aber schauen sie doch mal auf Ihre Nachbarin und ihren Nachbarn. Die finden das gut und die machen sogar mit und unterstützen das Projekt. Reden sie doch auch nochmal mit denen.“

Jürgen Armbruster: *Eines Ihrer Projekte ist das „VinziDorf Wien“. Wie genau kann man sich das VinziDorf Wien denn vorstellen?*

Ulrike Schartner: Das muss man sich so vorstellen, dass das Hauptgebäude schon immer dort gestanden hat. Es war ein altes Wirtschaftsgebäude von einer Kirche. Das ist die Hauptstruktur. Darin ist dann die Küche, ein Gasthaus, weil ein Dorf eben auch ein Gasthaus braucht. Es gibt zwei zusammengeschlossene Einraumwohnungen, die zusammen ein kleines Häuschen ergeben. Insgesamt gibt es acht kleine Häuschen, also 16 Wohneinheiten, die in einem Garten mit wunderschönem Baumbestand stehen. Über allem ist ein Flugdach angebracht, damit die Häuschen zusammengehalten werden. Es gibt auch überdachte Wege, aber jeder Bewohner hat sein eigenes kleines Zimmer von 8 qm. Mehr ist es nicht, aber jeder hat ein Fenster, eine Tür und einen Schlüssel. Das ist ganz wichtig, damit man die Sachen die man noch hat, sicher abstellen kann. Es darf auch niemand anders herein, außer den Bewohnern selber. Hierdurch kann sich wieder ein Sicherheitsgefühl entwickeln, da die Menschen in der Zeit vorher oft vertrieben wurden und dieses Gefühl verloren haben. Daher ist das „Tür hinter sich zu machen“ ein ganz wichtiger Baustein in diesem Prozess. Wenn der Raum doch einmal zu eng wird, dann gibt es andere Räume zum Aufhalten, wie zum Beispiel im VinziDorf Wien den Garten und das Gasthaus. Oft dauert es ein paar Wochen bis die Neuankömmlinge auch das Gasthaus aufsuchen oder Kontakt zu anderen Mitbewohnern suchen.

Michael Schulz: *Wie wirkt die neue Wohnsituation auf die Menschen?*

Ulrike Schartner: Die Meisten sind glücklich. Oft kommen Reporter zu uns, versuchen Interviews mit Bewohnern zu führen, meist mit denen, die schon länger dort wohnen. Da werden dann Aussagen getätigt wie: „Ich habe endlich mein eigenes Haus in Wien.“ „Jetzt gibt es einen Ort, von dem ich nicht mehr weg muss.“

Alexander Hagner: Wichtig ist, dass sich auch dort Gruppen bilden. Dann kann es auch sein, dass die eine Gruppe irgendwo nicht hinwill, weil gerade die andere Gruppe dort ist. Es gibt auch immer noch Einzelgänger, obwohl wir nur über gut 20 Personen sprechen. Mit diesem Thema beschäftigen wir uns auch aktuell mit den Studierenden. Wie kann man baulich zum Thema ‚Mein Rückzug, mein Schutzraum, mein persönliches, individuelles und intimes Zuhause‘ reagieren. Und wie kann man dem Gruppendruck begegnen. Gemeinschaft soll ein Angebot und kein Zwang sein. Wir haben bislang eigentlich kein Projekt, wo keine Einzelzimmer zu finden waren. Es gibt ja auch diesen schönen Satz ‚Wenn man sich nicht räumlich zurückziehen kann, zieht man sich in sich selber zurück.‘ Dahingehend gibt es viele Überlegungen Menschen zur Gemeinschaft zu überzeugen. Das aktuelle Einraumprojekt, das wir mit den Studierenden geplant haben und jetzt gerade bauen, hat zum Beispiel zwei Eingänge. Einen, an einer Plattform, an den auch drei oder vier weitere Häuschen andocken und an ein Bad. Neben diesem Eingang gibt es auf der anderen Seite eine Öffnung, an der sich eine zweite Tür befindet. Zwei Türen klingt nach Luxus, wir finden es jedoch enorm wichtig, dass die Menschen wählen können, ob sie jemanden sehen möchten oder nicht. So gibt es viel weniger Druck und viel weniger Potenzial für eine Eskalation. Wir stellen immer wieder fest, dass dieses soziale Miteinander in einem Obdachlosenleben extrem gestört und aus dem Gleichgewicht gekommen ist. Es braucht also niederschwellige Möglichkeiten zum Alleinsein und zum Miteinander. Mit solchen Lösungen steht und fällt ein solches Projekt.

Jürgen Armbruster: *Aus Ihren Projekten und durch ihre Art zu Bauen haben Sie ja auch Erfahrungen gesammelt, die vielleicht auch Hinweise darauf geben, was das für den Städtebau bedeutet. Mich würde interessieren, was man im Umgang mit vulnerablen Gruppen im Hinblick darauf lernen kann, wie unsere Städte funktionieren.*

Alexander Hagner: Unser Konzept wäre das Hybrid. Ein Hybrid hinsichtlich Bewohnerinnen, hinsichtlich Funktionalitäten. VinziRast-mittendrin ist zum Beispiel ein Lokal, ist Werkstatt, ist Veranstaltungsraum, ist Wohnraum, ist ein Gemeinschaftsort für die Nachbarschaft. Und VinziRast am Land wird noch viel vielfältiger.

Es wird Landwirtschaft, Tierhaltung, einen Hofladen, ein Cateringangebot, Werkstätten, ein Hotel, Wohneinheiten und Seminarräume geben. Ziel ist es, dass möglichst viele Menschen aus unterschiedlichen Schichten, mit verschiedenen Geschlechtern und aus unterschiedlichen Altersgruppen, Anknüpfungspunkte finden. Sie sollen das Gefühl haben, dass sie willkommen sind. Die Gentrifizierung birgt die große Gefahr, dass wir die Empathie für Menschen verlieren, die anders aussehen, anders denken, anders ticken. Stadt ist immer ein Zusammenkommen und geprägt durch einen Zuwachs von außerhalb. Deshalb müssen wir in der Stadt und im öffentlichen Raum Treffpunkte schaffen, wo es möglich ist, dass sich unterschiedliche Menschen für den Moment begegnen können. In Wien gibt es den „Naschmarktflohmarkt“ (<https://www.stadt-wien.at/wien/maerkte/flohmarkt-am-naschmarkt.html>) und dort treffen sich einmal am Samstag Menschen mit unterschiedlicher Herkunft, Alter, Religion usw.. Kaum ein Setting in Wien produziert so eine durchmischte Öffentlichkeit.

Jürgen Armbruster: *Das Spannende an diesem Gespräch ist ja auch der Brückenschlag, dass wir versuchen Gesellschaft zu gestalten und Sie versuchen sie zu bauen. Heißt die Räume dafür zu schaffen um sozialen Zusammenhalt zu ermöglichen.*

Alexander Hagner: Wir sind uns schon bewusst, dass wir Leben mit unserer Arbeit rahmen. Und wir sind uns auch bewusst, dass diese Rahmen teils besser oder schlechter sein können, je nachdem was man dort vorhat. Insbesondere mit dem Blick auf das Miteinander, welches niemals konfliktfrei geht. Am Ende haben wir eine Werkzeugkiste, die wir befüllen können mit bestimmten Entwurfsmethoden oder anderen Attributen, die besser oder schlechter sind für die Gestaltung.

Michael Schulz: *Wien ist eine der Städte, die am meisten sozialen Wohnraum vorhalten. Im Grunde muss die Politik ja sagen, dass sie Räume der Stadt freigibt, damit solche Projekte entstehen können.*

Ulrike Schartner: Da muss ich einwerfen, dass wir das Glück haben, dass der Stadt Wien selbst noch sehr viel gehört und wenn etwas verkauft wird, dann sind auch viele Bedingungen daran geknüpft. Hier existiert dann wieder viel Konfliktpotenzial. Aber im Grunde baut Wien selber als Stadt immer noch viele soziale Wohnun-



gen. Und ich weiß, dass da in Deutschland der Zug schon an vielen Stellen abgefahren ist, da die Stadt oder die Kommune keine Baugründe mehr hat. Unsere Projekte sind allerdings privat finanziert und nicht auf Baugrund der Gemeinden angewiesen. In dem Sinne ist das auch kein Ansatz für den Städtebau, da man nicht hoffen will, dass dort irgendwann mit privatem Geld investiert werden muss.

Alexander Hagner: Im Hinblick auf die angesprochenen Baukosten empfehle ich, auch die gesamtgesellschaftlichen Kosten in den Blick zu nehmen. Wenn zu wenig voraus gedacht wird, wird es teuer. Beispielhaft sei auf die Banlieues in Paris verwiesen, wo durch Sicherheitsmaßnahmen und Ausnahmestände hohe Kosten entstehen, die durch eine durchdachtere Architektur sicher teilweise zu verhindern gewesen wären. Dafür müsste man allerdings langfristig planen, was in der Politik und auch in den Unternehmen wenig populär ist. Ein erster Schritt wären Gesetze, die die Gemeinden ja erlassen könnten, z.B., dass 10% einer Fläche oder eines Neubaus eine gewisse (soziale) Funktion erfüllen müssen. Baukosten darf man auch nicht alleine betrachten. Es ist genauso, als wenn ich sage, dass ein Neubau günstiger ist als eine Sanierung. Wenn ich das gesamtheitlich betrachte ist das eine Milchmädchenrechnung.

Ulrike Schartner: Aus unserer Sicht kommt da aber etwas ist Bewegung. Die Welle schlägt zurück. Bislang war man jahrzehntlang dabei sich selber der Nächste zu sein und sein eigenes Ding zu machen. Durch die ökologische Krise - aber auch durch die Coronakrise wurde aber deutlich, dass wir so nicht weiterkommen. Egal, ob Sie den Shift der Privatisierung im Gesundheitswesen anschauen oder in der Kommunalpolitik, die ihre Wasserwerke und ihren Baugrund verkauft haben, das nimmt einfach die Gestaltungsmöglichkeit von Gemeinschaften.

Michael Schulz: *Ich danke ihnen vielmals, dass Sie die Zeit gefunden haben und wir diesen Austausch erleben durften.* ●

Bearbeitung: Yolena Knipperts, Michael Schulz, Jürgen Armbruster

Links

www.vinzirast.at/projekte/vinzirast-lokal-mittendrin/

www.vinzi.at/vinzidorf-wien/

www.vinzirast.at/projekte/vinzirast-am-land/

Wohnungsmangel und wohnbezogene Hilfen

Zeitgemäße Angebote für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen

Von Johannes Schädler

Im Folgenden sollen Überlegungen zur Entwicklung und Sicherung von zeitgemäßen Wohnangeboten für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen im kommunalen Raum vorgestellt werden. Dabei wird mit Ausführungen zur Interessenlage von Betroffenen begonnen, danach wird das Problem organisationsbezogene Pfadabhängigkeiten von Einrichtungsträgern thematisiert, um dann für ein koordiniertes örtliches Vorgehen zum Wohnen für Menschen mit seelischen Beeinträchtigungen im Rahmen kommunaler Wohnungspolitik zu werben. Zielsetzung eines solchen träger- und bereichsübergreifenden Vorgehens wäre es, tragfähige Strukturen im kommunalen Raum zu entwickeln, die Menschen mit seelischen Beeinträchtigungen dabei helfen, Wohnraum zu finden, diesen in und nach Krisen zu sichern und ggfs. neuen Wohnraum zu schaffen, der fachlichen Standards entspricht.

Zur wohnbezogenen Interessenlage von Menschen mit seelischen Beeinträchtigungen

Mit einer anhaltenden psychischen Erkrankung zu leben und von psychosozialer Hilfe und medizinisch-therapeutischer Behandlung abhängig zu sein, bedeutet immer auch eine Gefährdung der Persönlichkeitsrechte und der bürgerlichen Identität. Eine eigene Wohnung zu haben, die durch einen Mietvertrag abgesichert ist, schafft nicht nur Rechtssicherheit bei Schwierigkeiten, sondern stärkt auch das Selbstbewusstsein und Selbstverständnis, vollwertiges Gesellschaftsmitglied zu sein. Die eigene Wohnung wird zur Voraussetzung für eine selbstbestimmte Entfaltung der individuellen Persönlichkeit und kann Ausgangspunkt von Recovery-Prozessen werden. Offensichtlich ist dies gerade nach einer heftigen Krankheitsphase außerordent-



Johannes Schädler

Professor für Sozialpädagogik, Zentrum für Planung und Evaluation Sozialer Dienste (ZPE), Universität Siegen

lich wichtig. Es wird von ehemaligen Heimbewohner*innen berichtet, „dass die wichtigste Erfahrung des Umzugs in eine Wohnung diejenige war, dass die Mitarbeitenden nun zu ihnen kamen. Die Unterstützungsleistung wird damit eröffnet, dass die Betreuenden die Hausklingel betätigen und von den Klientinnen als Gast hereingebeten werden. Allein die theoretische Möglichkeit, nicht öffnen zu können, hat einen hohen symbolischen Bedeutungsgrad. Diese Begrenzung verleiht, anders als das Abschließen einer Wohnheimtür subjektive Sicherheit“ (Konrad / Rosemann 2020). Wie oben dargestellt, muss von Rechts wegen dem Wunsch nach Assistenz in einer eigenen Wohnung gefolgt werden, wenn dieser von Leistungsberechtigten geäußert wird. Aus Gründen, die sowohl mit begrenzten Möglichkeiten des örtlichen Hilfesystems als auch mit persönlichen Problematiken als Folge einer psychischen Erkrankung zu tun haben, werden, müssen bzw. wollen jedoch manche Betroffene für eine bestimmte Zeit auch in sogenannten gemeinschaftlichen Wohnformen leben. In ihrem Interesse ist es dabei aber, dass die dort für sie geltenden Regeln und praktizierten Routinen mit der Ausübung von Grundrechten wie Privatheit, Selbstbestimmung oder sozialer Teilhabe vereinbar sind und keine Diskriminierungen beinhalten. Wolf Wolfensberger¹ einer der herausragenden Theoretiker der internatio-

nalen Behindertenpädagogik, hat sich bereits Ende der 1960er Jahre intensiv mit dem Verhältnis von Wohnarchitektur und Betreuungskonzepten für Menschen mit Behinderungen befasst. Seine Hauptthese war, dass sich in der Architektur der Wohngebäude, die Grundannahmen ausdrücken, die bei den Verantwortlichen über den zu betreuenden Personenkreis bestehen. In seinen Analysen zur Funktionsweise von Institutionen beschreibt er, wie die in den Einrichtungen betreuten Menschen durch „sich selbsterfüllende Prognosen“ allmählich die sozialen Rollen der Heimbewohner*innen für sich übernehmen, die die Einrichtung für sie vorgesehen hat. Die Mechanismen dafür sieht Wolfensberger im Zusammenspiel der „Sprache der Architektur“ und den Handlungsroutrinen des Betreuungspersonals. Die Institutionenkritik hat auch in der Psychiatrie bekanntlich bereits eine lange Tradition und hat zu einer erhöhten Sensibilität hinsichtlich der Gewalt- und Missbrauchspotentiale vor allem solcher Betreuungsinstitutionen geführt, in denen Menschen mit psychischen Erkrankungen und herausforderndem Verhalten in großer Zahl gemeinsam untergebracht sind. Im Interesse von Betroffenen ist es nicht, in solchen großen Gruppenstrukturen zu leben, da diese qua Konzept anfälliger für gewaltsame Übergriffe und Persönlichkeitsverletzungen sind. Den jüngsten Beleg dafür liefert der Betreuungsskandal in einer westfälischen Großeinrichtung, bei dem mehr als 130 Betreuer*innen beschuldigt wurden, behinderte Menschen mit herausforderndem Verhalten in einem heilpädagogischen Intensivbereich gewaltsam einzusperrten oder zu fixieren, ohne dass ein richterlicher Beschluss vorlag². Gerade wenn Menschen intensive Unterstützung benötigen, gilt das Prinzip „size matters“, d.h. die Einheit der zusammen betreuten Menschen mit komplexen psychischen Problematiken sollte möglichst klein sein, weil dies nachweislich auch ihre Rehabilitationschancen erhöht. In aktuellen Konzepten wird, wenn es sich um gemeinschaftliches Wohnen für Menschen mit herausforderndem Verhalten geht, von anzustrebenden Wohneinheiten mit bis zu acht Personen ausgegangen (Bethel regional u.a. 2019).

Organisationsbezogene Aspekte von Einrichtungsträgern der Gemeindepsychiatrie

Wenn sich Einrichtungsträger der Gemeindepsychiatrie dafür entscheiden, im Sinne ihrer Klientel wohnungspolitisch aktiv zu werden, dann tun sie dies unter spezifischen organisationalen Bedingungen und mit organisationalen Interessen. Für die Analyse und Strategiebildung der jeweiligen Organisation kann es hilfreich sein, sich mit Annahmen der Pfadtheorie (Schreyögg u.a. 2013), zu befassen. Dies ist ein sozialwissenschaftlicher Theorieansatz mit verschiedenen disziplinären Ausformungen, der einerseits mit Verweis auf historische Vorprägungen („history matters“) die Begrenztheiten von Handlungs- bzw. Veränderungsmöglichkeiten in Organisationen hervorhebt und die Gefahr von „Locked-in“-Positionierungen beschreibt, in denen Handlungsalternativen nicht mehr realisierbar erscheinen. Andererseits werden Prozessverläufe in Organisationen aber dennoch nicht für unumkehrbar gehalten, und es werden förderliche Bedingungen für sogenannte „Pfadabweichungen“ formuliert. Die Gemeindepsychiatrie, die sich vor allem mit den sozialen Folgen schwerer psychischer Erkrankungen befasst, hat sich im Anschluss an die Psychiatrie-Enquete von 1974 komplementär zur Akutpsychiatrie in Form gemeindenahe Angebote entwickelt. Groß- und Vollzeiteinrichtungen spielen im Angebotssystem der Gemeindepsychiatrie eine vergleichsweise geringere Rolle, ohne jedoch ihr stationäres Angebot der Intensivbetreuung von Menschen mit schweren und komplexen Problemen gänzlich aufgegeben zu haben (vgl. Reichstein 2021). Insgesamt leitend für das organisationale Handeln gemeindepsychiatrischer Träger war jedoch das „teilstationäre Rehabilitationsmodell“ mit einem zunächst als Übergangsleistung konzipierten Wohnheim, bei dem es sich um eine gruppengegliederte Einrichtung mit zwei oder drei Gruppen handelte, meist etwas kleiner als das typische 24er Wohnheim der Eingliederungshilfe. Das Wohnheimmodell wurde in seiner Entwicklung oft zum organisatorischen Kern eines sogenannten abgestuften Wohnkonzepts, das in einigen Bundesländern für Personen

mit geringerem Betreuungsaufwand in einigen Fällen auch das sogenannte ambulant betreute Wohnen (ABW) vorsah. Diesem Ansatz kam pfadbildende Wirkung für das Feld insgesamt zu. Nicht zuletzt durch entsprechende Signale der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die darin ein konzeptionell überlegenes und kostengünstigeres Hilfemodell sahen, kam es seit Mitte der 2000er Jahre bundesweit zu einem breiten Ausbau des ABW in der Eingliederungshilfe (BAGÜS 2021). Die Statistiken zur Entwicklung wohnbezogener Eingliederungshilfen zeigen, dass das teilstationäre Wohnmodell der Gemeindepsychiatrie in hohem Maße anschlussfähig war an das Modell der Ambulantisierung von Menschen mit geringem Hilfebedarf durch ambulant betreutes Wohnen. So haben sich die Fallzahlen im ABW für Menschen mit seelischen Beeinträchtigungen in einigen Regionen in den vergangenen zehn Jahren etwa verdreifacht. Dies erfolgte zusätzlich zum dem sich tendenziell ebenfalls ausweitendem stationären Bereich der Hilfen in Wohnheimen, die ihren Übergangscharakter verloren (Schädler 2021). Die Gründe für diese Ausweitung der Fallzahlen im Bereich des ABW könnten u.a. auch mit der sich verschärfenden Wohnraumkrise zusammenhängen. Das Modell der wohn- und alltagsbezogenen Assistenz in der eigenen Wohnung kann als die Unterstützungsform gelten, die den Vorgaben der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK)³ am meisten entspricht und wohl auch leitend für die Reform des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) war. Kennzeichnend für das ABW ist, dass der Wohnraum i.d.R. von den Klient*innen angemietet wird und das Zustandekommen des Hilfearrangements daher davon abhängt, ob eine passende Wohnung vorhanden ist und im Sozialhilferahmen bezahlt werden kann. Die professionelle Unterstützung erfolgt in einer ‚Geh-Struktur‘ der Assistenz und ihre Finanzierung über Fachleistungsstunden. Wollen sich Träger der Gemeindepsychiatrie im Sinne der UN-BRK in ihrer weiteren Entwicklung für den Ausbau des ABW entscheiden, dann stoßen sie oft rasch an die eingangs geschilderte Situation des Mangels an geeigneten Wohnungen, vor allem im städtischen Raum, wo bisher auch die meisten Dienste angesiedelt sind. Allerdings ist eine konzeptionelle Umorientierung auch mit internen Unsicher-

heiten verbunden. Aus Sicht der Pfadtheorie ist eine Pfadabweichung meist nur unter erheblichen Anstrengungen in Organisationen möglich. Pfadbedingte Abhängigkeiten, z.B. Immobilienzwänge und etablierte Belegungspraktiken lassen die gesamtorganisationale Hinwendung zu neuen inklusiven Wohnformen oft nicht oder nur schwer realisierbar erscheinen.

Begünstigend für pfadbrechendes Handeln in Organisationen wirkt sich aus, wenn in ihrem Umfeld ein förderliches Momentum für Veränderungen vorhanden ist. Die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) und Reformgesetze wie das BTHG können ein solches Momentum darstellen. Dennoch stellt sich für die Verantwortlichen in Anbieterorganisationen der Gemeindepsychiatrie ein Entscheidungsproblem, da z.B. Investitionsentscheidungen für Wohnraum mit der Frage nach der Art des angestrebten Wohnraums und den Folgen für die eigene Organisation verbunden sind. Soll der bestehende Organisationspfad des ‚sowohl als auch‘ mit traditionellem Wohnheim und ABW unverändert fortgesetzt oder soll im Bereich wohnbezogener Hilfen ein neuer inklusionsorientierter Pfad mit entsprechenden Unsicherheiten und Übergangskosten beschritten werden?

Wohnen für Menschen mit seelischen Beeinträchtigungen als Kooperationsproblem auf kommunaler Ebene

Aus gemeindepsychiatrischer Sicht können wohnungspolitische Aktivitäten in folgende Aufgabenbereiche gegliedert werden: Es geht darum, vor Ort tragfähige Strukturen zu entwickeln, die Menschen mit seelischen Beeinträchtigungen dabei helfen, a) eine angemessene Wohnung zu finden, b) zufrieden und sozialverträglich dort zu leben, c) ihre Wohnung in und nach Krisen zu erhalten und d) ggfs. durch Bauvorhaben neuen Wohnraum zu schaffen, der der Interessenlage der Betroffenen gerecht wird. Im Bereich der wohnbezogenen Assistenzleistungen für Menschen mit seelischen Beeinträchtigungen auf der Einzelfallebene wurden in den vergangenen Jahren bei gemeindepsychiatrischen Diensten vielfältige Kompetenzen aufgebaut. Durch die prekäre Verfasstheit des Wohnungsmarktes geraten die Dienste im Betreuungsallday aber vielerorts an ihre Grenzen, wenn es darum geht, ein-

zelnen Betroffenen geeigneten Wohnraum zu erschließen und zu sichern. Häufig sind trägereigene Wohnungen und z.T. auch Wohnheime belegt, und es bestehen interne Wartelisten. Ebenfalls an ihre Grenzen stoßen zuvor oft erfolgreiche Strategien der Suche nach geeigneten Mietwohnungen, die sich auf informelle Kontakte oder bewährte Kooperationen mit Vermietern stützen, da die Konkurrenz um bezahlbaren Wohnraum zugenommen hat. Manche Träger entscheiden sich ihrem Pfad entsprechend dafür, selber Wohneinrichtungen neu zu bauen und sehen sich dann vor eine Reihe hindernder Faktoren gestellt wie fehlende Grundstücke in geeigneter Lage, fehlende Finanzmittel trotz bestehender Förderprogramme und fehlende Wirtschaftlichkeit wegen der eingeschränkten Refinanzierungskosten der zu erwartenden hohen Endmieten bei barrierefreien Neubauprojekten nach § 42 SGB XII. Allerdings stellt sich die Frage, ob die geplanten Wohnformen der Interessenlage des dafür vorgesehenen Personenkreises entsprechen. In diesem Zusammenhang bietet es sich an, dass Träger der Gemeindepsychiatrie vermehrt die Kooperation mit öffentlichen oder privaten Wohnungsbaugesellschaften suchen. Zur Orientierung kann hier das Bielefelder Modell dienen, das zeigt, wie ein kommunales Wohnungsunternehmen in vorhandenen Wohnungsbeständen eine inklusionsorientierte Belegungspolitik entwickeln und dabei mit verschiedenen sozialen Diensten zusammenarbeiten kann.⁴

Zur gemeindepsychiatrischen Arbeit gehört auch die Unterstützung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in sogenannten „Wohnungsnotfällen“. Gerade hier zeigt sich, wie bedeutsam die Kooperation mit kommunalen Stellen, Leistungsträgern und Akteuren der Wohnungswirtschaft außerhalb des gemeindepsychiatrischen Feldes ist (Vgl. Deutscher Verein 2020, S. 4). Vor dem Hintergrund der verschärften Krise des (sozialen) Wohnungsmarkts können gravierende seelische Beeinträchtigungen noch schneller dazu führen, dass Menschen keine Wohnung haben, von Wohnungsverlust bedroht sind oder in unzumutbaren Wohnverhältnissen leben müssen. Umgekehrt kann eine Verkettung ungünstiger Bedingungen im schlimmsten Fall die Wohnsituation be-

drohen und eine psychische Erkrankung auslösen. Wohnungsverlust kann auch drohen bei längeren oder mehrfach aufeinander folgenden Klinikaufenthalten, die zu Störungen im Mietverhältnis oder zu Mietschulden geführt haben. Der Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. sieht in seinen Empfehlungspapieren zu Maßnahmen zum Wohnungserhalt in Kommunen die zentralen Ansatzpunkte im engen Zusammenwirken von Diensten der Wohnungslosenhilfe und der Kommune, in das auch psychiatrische Angebote einbezogen werden müssen. Andererseits wird für die Schaffung verschiedener

Betrachtet man die Situation, so scheint es erforderlich, die Wohnungsproblematik seelisch beeinträchtigter Menschen vor Ort zu politisieren

Varianten sogenannter Fachstellen zur Verhinderung von Wohnungslosigkeit‘ geworben, die neben der Fallarbeit auch die Koordination relevanter Akteure der Kommunalverwaltung, der

Sozialleistungsträger, der Wohnungswirtschaft, der Freien Wohlfahrtspflege und Gesundheits- und Sozialdienste im Hinblick auf die Prävention von Wohnungsnotfällen übernehmen sollen (Deutscher Verein 2020, S. 19). Betrachtet man die Situation insgesamt, so scheint es erforderlich, jenseits einzelner Trägerstrategien und bilateraler Kooperationen die Wohnungsproblematik seelisch beeinträchtigter Menschen vor Ort zu politisieren, d.h. sie im Sinne eines kommunalpolitischen Agenda Settings zu einem wichtigen öffentlichen Problem zu machen (vgl. Schädler / Rohrman 2020). Wenn sich auf kommunaler Ebene, über „Runde Tische“ oder „Arbeitsgemeinschaften“ Initiativen bilden, Lobbyarbeit für die Schaffung preisgünstigen Wohnraums zu machen oder sich für dessen Erhalt einzusetzen, dann sollten sich Akteure der Gemeindepsychiatrie dem anschließen. Denn Kommunen haben durchaus Möglichkeiten zu eigenständiger Wohnungspolitik, die auch die Interessen vulnerabler Bevölkerungsgruppen berücksichtigt. Zu nennen sind Instrumente wie Flächenbevorratungspolitik, Quotenregelungen für kostengünstigen Wohnraum, Sicherung und Ausweitung eigener kommunaler Wohnraumbestände durch Zukauf von Wohnungen, durch Neubau oder Bestandsaufwertung bestehenden Wohnraums, aber auch Planungsansätze wie Wohnberichterstattung etc. (Deutscher Verein 2020: 18). Wenn solche Initiativen nicht bestehen, sollten Ak-

teure der Gemeindepsychiatrie sich an deren Gründung beteiligen. Um auf die besondere Problematik der Wohnsituation seelisch beeinträchtigter Menschen aufmerksam machen, wäre zudem ein trägerübergreifendes Aktionsbündnis „gutes Wohnen für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen“ denkbar, das sich mit entsprechenden wohnungspolitischen Informationen, Vorschlägen und Forderungen an Politik und Öffentlichkeit wendet. ●

Anmerkungen

¹ Geb.: 1934 in Mannheim, gest. 2011 in Syracuse, USA

² Vgl. Wohlfahrt Intern, Heft 4/2021, S. 12 – 14)

³ Vgl. den ‚General Comment‘ (Allgemeinen Bemerkungen) zu Art. 19 UN-BRK des UN Ausschusses für Behinderte, Download: https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/TBSearch.aspx?Lang=de&TreatyID=4&DocTypeID=11, 30.10.2020

⁴ Siehe: <https://bielefelder-modell.de>, 22.08.2021

Literatur

Bethel regional u.a. (2019): Abschlussbericht zum Projekt Wohnen selbstbestimmt. Download unter: wohnen-selbstbestimmt.de/abschlussbericht, 20.08.2021, 17ff.

Bundesarbeitsgemeinschaft überörtlicher Sozialhilfeträger (BAGÜS) (2021): Kennzahlenvergleich Eingliederungshilfe für das Berichtsjahr 2019, Münster

Deutscher Verein (2020): Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Umsetzung von Maßnahmen zum Wohnraumerhalt in den Kommunen, vom Präsidium verabschiedet am 16.09.2020

Konrad M., Rosemann M. (2020): Wohnen mit seelischen Einschränkungen. In: Eckardt F., Meier S. (eds) Handbuch Wohnsoziologie. Springer VS, Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-24862-8_28-1

Vgl. Reichstein, Martin (2021): Leben in Exklusionssphären. Perspektiven auf Wohnangebote für Menschen mit komplexem Unterstützungsbedarf. Wiesbaden: Springer VS.

Schädler, Johannes / Rohrmann, Albrecht (2020): Integrierte Teilhabe und Pflegeplanung – Erfahrungen und Einsichten, in: NDV, 100. JG., Nr. 7/2020, S. 330

Schädler, Johannes et.al. (2021): Integrierte Teilhabe- und Pflegeplanung im Kreis Siegen-Wittgenstein, Projektpapier 2, S. 151ff., <http://dx.doi.org/10.25819/ubsi/9943>

Schreyögg, Georg (2013): In der Sackgasse. Organisationale Pfadabhängigkeit und ihre Folgen. In: Organisationsentwicklung. (1), 21–28.

Wolfensberger, Wolf (1998): Die Lebenswirklichkeit von Menschen mit geistiger Behinderung und die Theorie von der Valorisation sozialer Rollen, in: Hahn, Martin, Th. (1998): Menschen mit geistiger Behinderung auf dem Weg in die Gemeinde. Perspektiven aus Wissenschaft und Praxis, Reutlingen 1998, S. 247 – 298)

Selbst Wohnraum schaffen?

Von Michael Knecht

Zu Beginn wird beschrieben, wie in Phasen der Wohnungsnot die Hilfesysteme „verstopfen“ und welche Folgen dies sowohl für die Klientel als auch für das Hilfesystem und die Sozialen Träger hat. Anschließend werden verschiedene Modelle der Wohnraumschaffung durch die Träger erläutert, um dann auf das Modell der Ambulanten Hilfe näher einzugehen.



Michael Knecht

Diplomsozialarbeiter, Geschäftsführer der Ambulanten Hilfe e.V., Kreuznacherstr. 41 A, 70372 Stuttgart

Das Thema „Wohnraum schaffen“ ist in Zeiten der Wohnungsnot zu einem bedeutenden Thema für die Sozialen Träger geworden. Die Verfügbarkeit über Wohnraum ist für viele Angebote der sozialen Arbeit Bedingung und Voraussetzung, ihre Unterstützungsleistungen überhaupt erst für ihre Klient*innen zugänglich machen zu können; gerade weil viele Unterstützungs- und Betreuungsleistungen z.B. des Betreuten Wohnens im Wohnraum erbracht werden. Ohne Wohnung ist alles nichts – viele ambulante Angebote würden ins Leere greifen.

Dies gilt insbesondere für das Arbeitsfeld der Wohnungslosenhilfe oder, wie sie seit einigen Jahren richtigerweise genannt wird, der Wohnungsnotfallhilfe. Schon im Namen ist somit impliziert, dass die Wohnung im Zentrum der Hilfe steht.

Folgen der Wohnungsnot

Die letzten 10 Jahre, in denen die Wohnungsnot, zunächst in den Großstädten, später auch in Mittel- und Kleinstädten in Deutschland, immer weiter anwuchs, waren gekennzeichnet durch eine zunehmende Stagnation in den Hilfesystemen. Die Zahl der Sozialwohnungen nahm immer mehr ab. Die Vermittlung in Wohnungen auf dem freien und dem sozialen Wohnungsmarkt gingen immer weiter zurück.

Unsere Klient*innen, die häufig auf Transferleistungen angewiesen sind und von denen viele wiederum einen Migrationshintergrund haben, hatten auf dem freien Wohnungsmarkt keine Chance und waren somit faktisch von der Wohnungsversorgung nahezu ausgeschlossen. Im Hilfesystem kam es regelrecht zu einem Stau: aus den teilstationären Einrichtungen und aus dem Betreuten Wohnen zog nahezu niemand mehr aus. Dies bedeutete, dass auch nahezu niemand mehr einziehen konnte. Die Klient*innen mussten in den Aufnahmehäusern, in den

Sozialhotels und in den Notübernachtungen verbleiben, wodurch schließlich auch dort kaum noch jemand einziehen konnte. Die Folge war, dass die Stadt Stuttgart als ordnungsrechtliche Behörde die Zahl der Plätze in den Hotels und in den Notübernachtungen deutlich ausweiten musste. Auch nahm die Zahl der Menschen, die entweder bei Bekannten übernachteten oder die ganz ohne Unterkunft im Freien schliefen („Platte mahen“), spürbar zu.

Wohnraum zur Verfügung stellen

Viele Träger sind seit langer Zeit auf vielerlei Art und Weise bemüht, der Klientel Wohnraum zur Verfügung zu stellen. Oft geschieht dies nach folgendem Prinzip: Der Träger mietet Wohnraum an und untervermietet diesen dann an Klient*innen (häufig befristet) und erbringt seine Unterstützungsleistungen in diesem Wohnraum. Die Vermietung ist in der Regel gekoppelt an die Betreuung und befristet.

Zusätzlich haben Träger auch Wohnraum im eigenen Bestand und vermieten diesen an ihr Klientel. Dies hat den Vorteil, dass der Träger von einer Befristung absehen kann und ebenso von einer Koppelung der Vermietung mit der Betreuung (Die Koppelung von Vermietung und Betreuung ist in der Eingliederungshilfe schon seit langem nicht mehr rechtens). Darüber hinaus gibt es in Stuttgart seit einigen Jahren ein Kooperationsmodell mit der städtischen Wohnungsbaugesellschaft SWSG, an dem fast alle Träger der Wohnungsnotfallhilfe beteiligt sind: Die SWSG stellt pro Jahr ein Kontingent von 20 Wohnungen zur Verfügung, der Träger mietet die Wohnung für 1 Jahr an und vermietet sie an die Klient*innen weiter. Nach einem Jahr wird, wenn es keine Probleme im Mietverhältnis gibt, der Mietvertrag direkt zwischen SWSG und Klient*in unbefristet abgeschlossen.

Insgesamt konnten im Laufe der Jahre auf diesem Weg Mietverträge für knapp 100 Wohnungen abgeschlossen werden, bei lediglich 3 Mietverhältnissen gab es Schwierigkeiten.

Das Modell der Ambulanten Hilfe

Die Ambulante Hilfe e.V. als ein Träger der Wohnungsnotfallhilfe in Stuttgart ist bereits seit über 30 Jahren im Sozialen Mietwohnungsbau tätig, das heißt, wir bauen und sanieren Häuser im Rahmen des Sozialen Wohnungsbaus und vermieten die Wohnungen dann unbefristet an unsere Klientel.

Zunächst wurden sowohl die Vermietung der Wohnungen als auch die Baubetreuung fachfremd von den Sozialarbeiter*innen nebenher erbracht. Vor über 20 Jahren stellten wir dafür jedoch einen Betriebswirt Fachrichtung Immobilienwirtschaft ein, der seither die Wohnungen verwaltet und die neuen Bauprojekte durchführt.

Nach Fertigstellung unseres derzeitigen Bauprojekts im Herbst 2021 sind 152 Wohnungen in unserem Bestand. Die Mieter müssen den Kriterien der Vormerkmale der Stadt Stuttgart entsprechen: Sie müssen übereinen A-Schein verfügen (3 Jahre Aufenthalt in Stuttgart/gewisse Einkommensgrenze). Das Belegungsrecht hat das Wohnungsamt an die Ambulante Hilfe abgetreten. Darüber hinaus besteht die Absprache, dass wir Wohnungen im Anteil unserer Eigenmittel (in der Regel ca. 20 %) auch an Klient*innen mit einem B-Schein (nur Einkommensgrenze/keine 3 Jahre in Stuttgart) vermieten können.

Vorteile für Wohnungen im eigenen Bestand der Träger?

Es wird immer wieder von unterschiedlichen Seiten die Meinung vertreten, die Immobilienwirtschaft soll den Wohnraum zur Verfügung stellen, die Soziale Arbeit soll die Betreuung organisieren – „jeder soll das machen, was er am besten kann“. Dies hat den Nachteil für die Soziale Arbeit, dass sie am kürzeren Hebel sitzt und abhängig ist von der Immobilienwirtschaft. Sofern eine gute Kooperationsbeziehung zwischen den Beteiligten besteht, mag dies mancherorts gelingen, aber ansonsten sind gute Kooperationsbeziehungen eher selten, hat doch die Wohnungswirtschaft im Grunde wenig Interesse, die Klientel der Wohnungsnotfallhilfe im eigenen Bestand unterzubringen. Die Sorge, sich „Problemmieter“ ins Haus zu

holen, Störungen der Nachbarschaft, Mietausfälle, höhere Instandhaltungskosten, in der Summe die Sorge um einen höheren Verwaltungsaufwand und eine schlechtere Wirtschaftlichkeit führen häufig dazu, dass unsere Klientel bei den Wohnungsgesellschaften wenig Chancen hat.

Für uns als Ambulante Hilfe stand die Versorgung der wohnungslosen Klient*innen mit Individualwohnraum schon immer mit im Zentrum unserer Arbeit. Aufgrund des oben beschriebenen faktischen Ausschlusses unserer Klient*innen von großen Teilen des Wohnungsmarkts und den zyklisch wiederkehrenden Phasen der Wohnungsnot war und ist es für uns nur eine logische Konsequenz, uns hier selbst zu engagieren und im Rahmen des Sozialen Wohnungsbaus Wohnungen zu errichten und diese an unsere Klient*innen zu vermieten.

Es ist klar, dass wir mit unseren Aktivitäten nicht den ganzen Bedarf unserer Klient*innen abdecken können. Daher sind wir gezwungen, auszuwählen und zu entscheiden, wer die Wohnung bekommt. Hierzu gibt es intern ein Gremium, das in allen Fragen des Wohnungsbaus und der Vermietung zuständig ist. Sehr häufig spielt bei der Vergabe der Wohnungen die Dringlichkeit eine wesentliche Rolle. Darüber hinaus können wir Menschen mit Wohnraum versorgen, die ansonsten auf dem Wohnungsmarkt keinerlei Chancen haben.

Es liegt auf der Hand, dass es auch in unseren Mietverhältnissen zu Problemen kommen kann. Auch bei uns kann es zu ausbleibenden Mietzahlungen kommen, zu Störungen der Nachbarschaft, zu Beschädigungen in den Wohnungen oder zu deren Vermüllung. Ausgesprochene Kündigungen, Räumungsklagen und, in sehr seltenen Fällen, Zwangsräumungen kommen vor.

Verfügbarkeit von Sozialarbeit als Erfolgsfaktor

Von zentraler Bedeutung für das Gelingen einer sozialen Wohnraumversorgung ist die Begleitung durch die Sozialarbeit. Nach Bezug einer Wohnung stellt die sozialarbeiterische Begleitung in der neuen Umgebung die Regel dar. Im Laufe der Zeit sinkt der Bedarf, so dass nach einer längeren Mietdauer die Mieter*innen nur noch teilweise oder gar keine sozialarbeiterische Unterstützung mehr benötigen. Viele Mieter*innen leben selbstständig und haben, wenn überhaupt, nur noch Kontakt zu unserem Immobilienwirt als Vermieter. Trotzdem ist es für eine gelingende Soziale

Wohnungsversorgung von elementarer Bedeutung, dass im Bedarfsfall Sozialarbeit zeitnah und niederschwellig zur Verfügung steht. Selbstmeldungen, Problemanzeigen von Nachbarn oder auch ausbleibende Mietzahlungen können Indikatoren für eine auftretende Krise sein. Auch wenn schon jahrelang kein Betreuungsverhältnis mehr bestand, gehen wir im Krisenfall aktiv auf den oder die Mieter*in zu (sinnvollerweise möglichst der/die ehemalige Sozialarbeiter/in), versuchen wieder in Kontakt zu kommen, das entstandene Problem anzugehen und wenn möglich zu lösen. Insgesamt führt dies häufig dazu, dass das Mietverhältnis weiter fortgesetzt werden kann und dass es für uns als Vermieter zu keinen wirtschaftlichen Schäden hierdurch kommt.

Wirtschaftlich darstellbar

Insgesamt können wir nach über 20 Jahren der professionellen, sozialen Wohnraumversorgung feststellen, dass die wirtschaftlichen Risiken beherrschbar sind. Es lassen sich in dieser Art der Wohnungsbewirtschaftung durch uns als gemeinnütziger Verein keine großen Überschüsse aber auch kein Minus erwirtschaften. Es ist noch hinzuzufügen, dass wir ein Interesse daran haben, unsere Häuser „gut in Schuss“ zu halten. Deshalb werden die Instandhaltungen laufend umgesetzt und sind in der betriebswirtschaftlichen Planung im notwendigen Umfang immer enthalten.

Fazit

Es ist kein Zufall, dass in den letzten Jahren die Sozialen Träger zunehmend in den Wohnungsbau einsteigen und sich selbst qualifizieren, um Wohnraum für ihr Klientel zu schaffen, weil sie ansonsten ihr Klientel kaum noch mietvertraglich unterbringen können. Dies war in der Phase der letzten Wohnungsnot Anfang der 90er Jahre bundesweit ebenso der Fall. Allerdings kam es damals nach einer Phase des nachlassenden Drucks auf die Wohnungsmärkte zur Einstellung vieler Projekte, so dass nur in sehr wenigen Städten in Deutschland Soziale Wohnraumagenturen dauerhaft überlebt haben. Für uns als Ambulante Hilfe ist die Haltung eindeutig: Wir wollen weiterhin bauen. Für viele unserer Klient*innen ist der Wohnraum der Ambulanten Hilfe die einzige Möglichkeit, sich dauerhaft und unbefristet mit Wohnraum zu versorgen. Dies lohnt doch die Anstrengungen allemal! ●

Holpriger Perspektivenwechsel

Vom Wohnen zu den komplexen Teilhabebedarfen

Von Matthias Rosemann

Betreutes Wohnen ist noch immer ein feststehender Fachbegriff, um eine Leistung der Begleitung und Unterstützung von Menschen mit Behinderungen oder auch von Seniorinnen und Senioren als Leistung der Eingliederungshilfe oder als Leistung der Pflege zu bezeichnen. Dabei changiert der Inhalt der Leistung von einfachen Hausmeister-tätigkeiten im Seniorenbereich bis hin zu umfassenden Leistungen in stationären Wohnformen für Menschen mit Behinderungen. Schon immer kollidierte der Begriff der „Betreuung“ dabei mit dem des Betreuungsrechts. Mit der Neufassung des SGB IX als Teil des Bundesteilhabegesetzes verliert sich der Betreuungsbegriff als Leistung zur sozialen Teilhabe. An seine Stelle tritt der weit offener gefasste Assistenzbegriff.

Die wesentliche Neuerung darin ist nicht sprachlicher Natur, sondern der damit verbundene Paradigmenwechsel. Die fachliche Leistung, die der Mensch mit

Behinderung zur Gewährleistung seiner sozialen Teilhabe benötigt, löst sich von der Verknüpfung mit einem Wohnverhältnis. Bezogen auf die Breite der damit verbundenen Leistungen der Assistenz müssen alle Leistungsbeschreibungen, auch für ehemals stationäre Wohnformen, neu gefasst werden. Die Umsetzung dieses Anspruchs fällt in Deutschland noch immer sehr schwer.

Es ist nun keine Neuigkeit mehr, dass das SGBIX das Verständnis der Betreuten Wohnformen überwunden hat. Ebenso wenig kann es verwundern, dass sich davon in der Realität der Leistungserbringung fünf Jahre nach In-Kraft-Treten des BTHG nur sehr wenig wiederfindet. Dass soziale Transformationsprozesse sehr lange Zeiträume benötigen, zeigt sich allein schon an der Entwicklung der Sozialpsychiatrie in den letzten 50 Jahre (Armbruster J. et al 2015, Reumschüssel-Wienert, Ch. 2021). Wesentliche und zentrale Grundfragen, die schon 1971 an der Wiege der Entwicklung standen, werden heute noch immer erörtert.

Historisch betrachtet ist das sog. „Betreute

Wohnen“ entstanden in der Zeit der Auflösung, Verkleinerung oder Schließung der Langzeitbereiche der großen Anstalten. Das Ziel bestand darin, auch für die ehemaligen Patientinnen und Patienten der Kliniken das Recht auf eine eigene Wohnung zu verwirklichen (Dörner, K. 2002). Allerdings war der oft gegangene erste Schritt die „Verlegung“ der betroffenen Menschen in Heime, die im Umfeld der Klinik entstanden waren oder sich neu bildeten, nicht selten in privater Trägerschaft. Mancherorts entstanden kleinere „Märkte“ von Heimen im Umfeld der Großkliniken, mancherorts konnten der Aufbau von Angeboten im Einzugsbereich der Kliniken von sozialpsychiatrisch eingestellten Akteuren beeinflusst

werden. In einigen Regionen wurden die Träger der Kliniken zugleich auch die Träger von solchen Heimen (z.B. Rheinland, Westfalen, Baden-Württemberg).

Mit dem Einzug in ein Heim wurde das Wohnen zugleich verbunden mit der Annahme einer Hilfeleistung. Das kennzeichnete das Heim: die untrennbare Verbindung einer fachlichen Leistung mit der Überlassung einer Unterkunft und dem Vorhalten von Leistungen und Produkten zur Haushaltsführung. In ein Heim zu ziehen, forderte daher Anpassungsprozesse der Menschen mit Behinderungen an die Bedingungen der Einrichtungen oder des Heimträgers, insbesondere auch im Sinne der Akzeptanz einer Hausordnung. Gerade Hausordnungen setzen nicht selten Regeln für alle dort Wohnenden, die weit über den individuellen Assistenzbedarf des Einzelnen hinausgehen können. Wenn die Hausregel z. B. den Konsum von alkoholischen Getränken verbietet, muss sich auch der oder die Wohnende daran halten, der oder die kein Problem mit Suchtmitteln hat. Solche Regelungen finden sich nicht nur in Heimen, sondern auch in Wohngemeinschaften oder anderen gruppenbezogenen Wohnformen.

Mit den gesellschaftlichen Veränderungsprozessen hin zu einen Prozess der Auf-



Matthias Rosemann
Geschäftsführer Träger ggmbH in Berlin-Reinickendorf, Vorsitzender der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände

lösung der Bedeutung der Institutionen der Jahre 1960 bis 1980 und der Hinwendung zu einer Individuums betonten selbstbestimmten Lebensführung in der Zeit danach – in der Soziologie als Individualisierungsdebatte (Beck, U. 1986) ausgeführt – kam auch das personenzentrierte Denken in die Psychiatrie und wurde zunächst im alten Westen, später in ganz Deutschland intensiv geführt (Reumschüssel-Wienert 2021 S. 201) Die Folge waren Anpassungsprozesse von Einrichtungen und die Ergänzung der Lebensform „Heim“ durch andere Angebote. Heime wurden individualisiert, an die Stelle fester Tagesabläufe wurden individuelle Lebensmöglichkeiten in den Einrichtungen möglich gemacht, bis hin zu baulichen Strukturen, die sich von Gruppenkonzepten lösten. Es entstanden aber vor allem neue Wohnformen, wie Wohngemeinschaften, Betreutes Einzelwohnen mit und ohne Trägerwohnungen, „Appartementwohnen“ und manch anderes mehr (Konrad, M. und Rosemann, M. 2020, S. 11). Es entstanden neue Lebensformen, die alten blieben jedoch erhalten. Der Grundcharakter des Heims, also die Zusammenführung der Überlassung von Wohnraum mit der fachlichen Leistung wurde nicht grundsätzlich verändert. Wenigstens drei Entwicklungsströme sind dafür maßgeblich:

1. Die Trennung von örtlichem und überörtlichem Sozialhilfeträger in vielen Flächenländern begünstigte ein Prinzip von Zuständigkeiten, deren Folge darin bestand, dass die überörtlichen Sozialhilfeträger für die Einrichtungen mit einer hohen Betreuungsdichte zuständig waren und die örtlichen Sozialhilfeträger nur die Leistungen in ambulanter Form mit

meist deutlich geringerer zeitlicher und fachlicher Dichte übernehmen. Stadtstaaten hatten es leichter. In Berlin konnte seit dem Jahr 2004 auch in ambulanten Settings höhere zeitliche Intensitäten, vergleichbar denen in Heimen, ermöglicht werden.

2. **Das Denken**, „wer viel Hilfe benötigt, muss ins Heim“, wer nur „wenig Leistung benötigt, kann auch ambulant unterstützt werden“ und dies sei sparsam und wirtschaftlich, hat sich auf diese Weise umfassend und deutschlandweit ausgebreitet und tradiert. Wir begegnen insbesondere in der Versorgung von Menschen mit einer geistigen Behinderung auch in den Stadtstaaten noch bis weit in unsere Zeit hinein dieser Grundhaltung.

3. **Der Mangel an bezahlbarem Wohnraum** in den meisten städtischen Ballungsräumen sowie die Sorgen vieler Vermieter, mit den Problemen, die mit psychisch erkrankten Menschen entstehen können, allein gelassen zu werden, führte zu einem Ausbau institutioneller Wohnformen. Da viele Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen keine attraktiven Mieter aus Sicht der Vermieter darstellen, manchmal auch die formalen Voraussetzungen wie eine unbedenkliche Schufa-Auskunft nicht erfüllen können, ließen und lassen sich Wohnungsgeber lieber mit Organisationen ein, denen sie Wohnraum zur Weitervermietung überlassen, als mit den Menschen direkt. So wurden auch im ambulanten Setting viele Menschen von Leistungserbringern abhängig.

In der psychiatrischen Debatte hat der sog. personenzentrierte Ansatz, wie er von der Aktion Psychisch Kranke e.V. in den Jahren ab 1998 ins Gespräch gebracht wurde, dazu geführt, dass der Anspruch entstand, die Planung von fachlichen Hilfen von der Überlassung von Wohnraum zu trennen und Hilfen als eine komplexe Leistung zu begreifen, die sich aus mehreren verschiedenen Komponenten (z.B. Behandlung, Leistung zur Teilhabe und Hilfen zum Lebensunterhalt) zusammensetzt. Leider hat sich dieser Ansatz in der Finanzierung von Leistungen der Eingliederungshilfe wenig durchgesetzt. Es wurden zwar neue Finanzierungsstrukturen für ambulante Leistungen der Eingliederungshilfe entwickelt (z.B. Fachleistungsstunden), aber die Heime und die häufige Zuordnung „umfassende Hilfe ist nur im Heim möglich“ wurden im Wesentlichen nicht angetastet. Das deutlichste Beispiel dafür sind die Vorhalteleistungen, insbesondere

eines nächtlichen Bereitschaftsdienstes. Mit Einschränkungen kann hier lediglich Berlin genannt werden. Denn dort gelang es in den Jahren ab 2004, den Umfang der Hilfeleistungen von der Wohnform völlig zu entkoppeln und auch in ambulanten Strukturen Nachbereitschaftskräfte vorzusehen. Allerdings ist auch dort bis heute immer erforderlich, dass mehrere Menschen, die eine Nachtbereitschaft benötigen, in kurzer Distanz zum Einsatzort der Nachbereitschaftskraft – und damit auch zueinander – wohnen.

Der eigentliche Paradigmenwechsel des BTHG liegt nun genau an dieser Stelle. Durch mehrere Regelungen verlangt das BTHG, genauer das SGB IX seit 2020, sich ausschließlich auf die fachlichen Bedarfe des einzelnen Menschen

zu konzentrieren und deren Bedarfsdeckung zunächst von jeder Wohnraumfrage zu lösen. Das SGB IX kennt für die Leistungen zur Sozialen Teilhabe keinen Einrichtungsbegriff mehr. Das Gesetz fordert zwar nicht, dass die Heime abgeschafft werden und enthält Regelungen, die vom Weiterbestand der Heime ausgehen. Aber es wären durch das Gesetz Alternativen dazu möglich, wenn alle beteiligten Akteure, insbesondere die Träger der Eingliederungshilfe und die Verbände der Leistungserbringer darauf dringen würden.

Welche Regelungen sind das?

1. **Die Trennung** der fachlichen Leistung von den unterhaltssichernden Leistungen in der Eingliederungshilfe ist der erste wichtige Schritt. Die fachliche Leistung zur sozialen Teilhabe muss bedarfsdeckend sein ohne Betrachtung der Wohnform. Zwar sind die Umstände, in denen eine Mensch mit Behinderungen lebt, von Bedeutung für die Ermittlung des Bedarfs und die Planung der Leistungen, dennoch sind aber die fachlichen Leistungen für sich genommen in den Blick zu nehmen. Folgerichtig ist dann „im Einzelfall“ der „Träger der Leistungen für einen Bedarf an notwendigem Lebensunterhalt... „am Gesamtplanverfahren zu beteiligen“ (§ 117 Abs. 4 SGB IX).

2. **Das Gesamtplanverfahren** und das Teilhabeplanverfahren sind so auszugestalten, dass sie alle Bedarfe und die erforderlichen Leistungen in den Blick nehmen. So sind im Einzelfall auch die Pflegekasse oder das Jobcenter an diesen

Verfahren zu beteiligen (§ 20 Abs. 1 SGB IX; § 117 Abs. 3 SGB IX). Bemerkenswerterweise hat der Gesetzgeber die Teilhabeplanung als einen Rechtsanspruch der Menschen mit Behinderungen ausgestaltet!

3. **Nach § 78 Abs. 6 SBB IX** (Leistungen zur Assistenz) werden Leistungen zur Erreichbarkeit einer Ansprechperson unabhängig von einer konkreten Inanspruchnahme erbracht, soweit dies nach den Besonderheiten des Einzelfalls erforderlich ist. Für diese klassische Vorhalteleistung ist kein Einrichtungsbezug mehr

Dem Wunsch nach einem Leben außerhalb besonderer Wohnformen ist der Vorzug zu geben, wenn dies von der leistungsberechtigten Person gewünscht wird.

vorgesehen, eine Neubestimmung, deren Reichweite kaum auszudenken ist. Bisher waren diese Leistungen Gegenstand des Vertragsgeschehens zwischen Leistungsträger und Leistungserbringer.

In deren Verträgen wurde vereinbart, in welchem Umfang z.B. Nachtwachen oder Nachtbereitschaftsdienste vorgehalten werden. Nun sind sie aber individuelle Rechtsansprüche der Menschen mit Behinderungen geworden und lösen sich aus der Vertragssphäre der Vereinbarungspartner.

4. **Dem Wunsch nach einem Leben außerhalb besonderer Wohnformen ist der Vorzug zu geben, wenn dies von der leistungsberechtigten Person gewünscht wird** (§ 104 Abs. 3 Satz 2 SGB IX).

Der Gesetzgeber hat also umfangliche Vorgaben geschaffen, um dem Anspruch gerecht werden zu können, dass Menschen mit Behinderung die Leistungen bekommen sollen, derer sie bedürfen und die sie wünschen. Die Wohn- und Lebensform ist davon unabhängig zu betrachten, allerdings in den wechselseitigen Bedingungen zu berücksichtigen. Es geht also nicht mehr um Betreuung beim Wohnen, sondern um eine umfassende Sichtweise auf alle Lebensbereiche eines Menschen und eine abgestimmte und koordinierte Hilfe in all den Bereichen, in denen Unterstützung und Begleitung bei der medizinischen Rehabilitation sowie der sozialen Teilhabe und der Teilhabe an Arbeit und Bildung erforderlich sind. Der Blick ist auch noch zu weiten: Auch die Leistungen zur Pflege sowie die Leistungen der Jobcenter sind nach den Vorgaben des Gesetzgebers unter einer individuellen Planung zusammen zu führen. Aus psychiatrischer Sicht wäre noch zu ergänzen, dass auch die Leistungen der Behandlung mit in den Betrachtungs-

horizont einbezogen werden sollten. Dazu muss ggf. noch gesetzlich nachgearbeitet werden.

Umsetzungshindernisse

Die Umsetzungshindernisse lassen sich auf verschiedenen Ebenen feststellen. Seitens der Leistungsträger sind wenig Anzeichen zu erkennen, die Teilhabeplanung Wirklichkeit werden zu lassen. Mit Wirklichkeit ist gemeint, sie nicht nur als formalen Akt oder als Formular zu betrachten, z.B. um den Fachausschuss der Werkstätten für Menschen mit Behinderungen zu umgehen, sondern sie als Instrument zu begreifen, das geeignet ist, den Teilhabebedarfen der Menschen mit Behinderungen angemessen gerecht werden zu können. Auch die Gesamtplanverfahren der Träger der Eingliederungshilfe befinden sich aktuell bestenfalls in einer Startphase. Zwar ist der Gesamtplan für die Träger der Eingliederungshilfe kein neuer Begriff, aber die Vorgaben für das Gesamtplanverfahren nach Teil 2 des SGB IX sind doch wesentlich komplexer geworden. Dies beginnt mit den Verfahren zur Bedarfsermittlung und reicht bis hin zu den Vorgaben, was der Gesamtplan alles dokumentieren muss. Auch die Rahmenverträge auf Landesebene hätten schon längst Regelungen enthalten müssen, die dem Anspruch der Menschen mit Behinderung z.B. nach § 78 Abs. 6 SGB IX (Erreichbarkeit einer Ansprechperson) angemessen begegnen. Es liegt der Verdacht nahe, dass sich hier eine informelle („unheilige“) Allianz bildet. Denn die Kostenträger scheuen die damit verbundenen finanziellen Auswirkungen und die Leistungserbringer haben Sorge, für die Umsetzung dieser Formen der Erreichbarkeit von Ansprechpersonen nicht ausreichend Mitarbeitende gewinnen zu können. Tatsächlich müssen hier ausgesprochen kreative Lösungen entwickelt werden, wenn man umsetzen will, was der Gesetzgeber als Rechtsanspruch der Menschen mit Behinderungen normiert hat. Erreichbarkeit einer Ansprechperson ist nicht zeitlich limitiert, das Recht, nicht in eine besondere Wohnform ziehen zu müssen, gilt auch für Menschen in entlegenen ländlichen Räumen. Das Zusammentreffen beider Ansprüche ist tatsächlich eine große Herausforderung für die Leistungserbringer. Deshalb müssen die dazu erforderlichen Finanzierungsstrukturen noch erarbeitet werden. Aber auch über die Realisierung der Bereitschaftsdienste hinaus müssen nun

überall die Voraussetzungen entwickelt werden, dass Menschen auch mit einem umfassenden Teilhabebedarf die Leistungen in ihrem eigenen häuslichen Umfeld erhalten können und nicht mehr auf bestimmte Angebote verwiesen werden.

Ist das BTHG gescheitert?

Im Jahr fünf nach Beschlussfassung zum BTHG könnte man den Eindruck gewinnen, dem neuen SGB IX sei das gleiche Schicksal beschieden, wie dem alten SGB IX, als es 2001 in Kraft getreten war. Schon damals konnte man beobachten, dass wesentliche Regelungen, wie die Einrichtung von Gemeinsamen Service-Stellen oder die Fristen, innerhalb derer die Rehabilitationsträger Anträge zu bescheiden haben, weitgehend ins Leere gelaufen sind. Vielfach haben sich Rehabilitationsträger schlicht nicht an die Vorgaben des Gesetzgebers gehalten. Da dies folgenlos geblieben war, hat nun der Gesetzgeber aktiv nachjustiert und Ansätze zur Durchsetzung der Regelungen geschaffen, z.B. in der Regelung zur Erstattung selbstbeschaffter Leistungen, wenn die Fristen und Informationen der antragstellenden Menschen nicht eingehalten werden (§ 18 SGB IX), in dem Rechtsanspruch auf einen Teilhabeplan (§ 19 Abs. 2 Satz 3 SGB IX) oder auch in der Schaffung der ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung. Viele der neuen Regelungen wurden auch in den Verbänden der Leistungserbringer mit Skepsis betrachtet und es stellt sich die Frage, ob die Umsetzung auf der Ebene der Länder und der Träger der Eingliederungshilfe nur noch mehr Zeit benötigt, also Geduld gefragt ist, oder ob weitere Eingriffe des Gesetzgebers notwendig sind, um diese Rechte der Menschen mit Behinderung durchzusetzen. Symptomatisch für die aktuelle Situation ist auch, dass in einigen Bundesländern, in denen die Träger der Eingliederungshilfe in den zurückliegenden Jahren Hilfeplankonferenzen eingerichtet haben, eben diese wieder eingestellt werden. Eine Ausnahme davon bildet das Land Berlin, das die „Steuerungsgremien“, wie die Hilfeplankonferenzen dort genannt werden, im PsychKG verankert hatte und konsequenterweise sie auch in den neuen Ausführungsvorschriften zur Eingliederungshilfe weiterhin verankert (Gemeinsame Ausführungsvorschriften Eingliederungshilfe vom 05.02.2020 Nr. 101 Abs. 2). Vergewähren wir uns: die Idee zu den Hilfeplankonferenzen ent-

stammt dem personenzentrierten Ansatz der APK (Aktion Psychisch Kranke 2006). In genau der Zeit, in der das neue SGB IX diesen Ansatz im Sozialrecht nachvollzieht und mit rechtlichen Normen untersetzt, schaffen viele Leistungsträger ein zentrales Hilfsmittel zur Umsetzung dieses Grundrechts auf eine individuelle und koordinierte Leistungsgestaltung ab. Dabei hat der Gesetzgeber in den §§ 94 Abs. 3, 95, 96 und 106 SGB IX die Grundlagen gelegt, auf denen sich die Durchführung von Hilfeplankonferenzen rechtlich weit sauberer begründen lassen, als zu den Zeiten der Geltung des SGB XII (BAG GPV 2020). Es ist allerdings bemerkenswert, dass auch seitens der Verbände der Leistungserbringer wenig Bemühungen erkennbar sind, substantielle Beiträge zur Umsetzung der wichtigen Regelungen zu leisten oder mit konstruktiven Vorschlägen in die Offensive zu gehen.

Was ist zu tun?

1. Das Gesamtplanverfahren in der Eingliederungshilfe und das Teilhabeplanverfahren für die Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe sind konsequent und vollständig umzusetzen. Alle beteiligten Akteure, die Zugang zu leistungsberechtigten Menschen mit Behinderungen haben, sollten diese darin motivieren und bestärken, auf das Einhalten der gesetzlichen Vorschriften zu bestehen. Die Akteure auf der Seite der Leistungserbringer könnten das Ihre dazu beitragen, Sorge für eine abgestimmte Leistungsplanung mit allen notwendigen Beteiligten zu tragen, zumindest aber diesen Anspruch immer wieder und beharrlich vorzutragen.
 - Wissen alle von den Leistungserbringern begleiteten Menschen, dass ihnen der Gesamtplan auszuhändigen ist und was dort dokumentiert sein muss (§ 121 SGB IX)?
 - Werden die Menschen mit Behinderungen darin gestärkt, auf einem individuellen Gesamt- oder Teilhabeplan zu bestehen, auch wenn sie in einer besonderen Wohnform leben?
 - Werden die rechtlichen Betreuenden auf die Rechte der Betreuten hingewiesen und aufgefordert, sich einzusetzen?
2. Auf die Vertragspartner der Rahmenverträge nach § 131 SGB XI auf Landesebene muss eingewirkt werden, damit dort die Weichen gestellt werden, um die individuellen Rechte auf ein Leben außerhalb besonderer Wohnformen (§ 104 Abs. 2 SGB IX) sowie auf die Erreichbar-

keit einer Ansprechperson (§ 78 Abs. 6 SGB IX) umzusetzen. Dies ist mit großen Herausforderungen verbunden, umso dringlicher wird es, sich damit auseinander zu setzen. Leistungserbringer könnten zu diesen Themen Vorschläge entwickeln und erarbeiten und in die Verhandlungen einbringen. Insbesondere die Frage nach einer Krisenversorgung könnte auch in Gemeinschaften von Leistungserbringern verabredet werden.

3. Neue Vergütungsregelungen müssen geschaffen werden, die den individuellen Teilhabebedarfen von Menschen mit Behinderungen tatsächlich gerecht werden und dies auch außerhalb besonderer Wohnformen.

4. **Kommunikationsstrukturen** auf lokaler Ebene (in der Regel Landkreise und kreisfreie Städte) müssen im Sinne der Gewährleistung des Rechtsanspruches jedes Menschen mit Behinderung auf bedarfsdeckende Leistungen sicherstellen, dass kein Mensch ohne Leistung bleibt. Wenn die Leistungsträger die Hilfeplan-Konferenzen abschaffen, wäre es dann nicht ein vernünftiger Weg, wenn die Leistungserbringer den Zugang zu ihren Angeboten über solche oder ähnliche Konferenzstrukturen schaffen? ●

Literatur

Aktion Psychisch Kranke e.V. (Hg.) (2006): Personenzentrierte Hilfe im gemeindepsychiatrischen Verbund. Psychiatrie Verlag, Bonn

Armbruster, J., Dieterich, A., Hahn, D., Ratzke, K. (Hg.) (2015): 40 Jahre Psychiatrie-Enquete. Psychiatrie Verlag Bonn

BAG GPV (2020): Empfehlungen zur Durchführung und Weiterentwicklung von sog. Hilfeplankonferenzen. <https://www.bag-gpv.de/inhalt/stellungnahmen-empfehlungen/bag-gpv-empfehlungen-zur-durchfuehrung-und-weiterentwicklung-von-sog-hilfeplankonferenzen-032020/>

Beck, U. (1986): Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne. Suhrkamp, Frankfurt am Main.

Dörner, K. (2002): Ende der Veranstaltung – Beginn der Chronisch-Kranken-Psychiatrie. In: Siemen, H.-L. (Hg) Gewohntes Leben. Psychiatrie in der Gemeinde. Paranus Verlag Neumünster

Konrad M., Rosemann M. (2020): Wohnen mit seelischen Einschränkungen. In: Eckardt F., Meier S. (eds) Handbuch Wohnsoziologie. Springer VS, Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-24862-8_28-1

Reumschüssel-Wienert, Ch. (2021): Psychiatrereform in der Bundesrepublik Deutschland. transcript Verlag Bielefeld

Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales Berlin, Gemeinsame Ausführungsvorschriften Eingliederungshilfe vom 05.02.2020. <https://www.berlin.de/sen/soziales/service/berliner-sozialrecht/kategorie/ausfuehrungsvorschriften/av-eh-887875.php>

Absichtsvoll absichtslos

Was ermöglicht hilfreiche Beziehungen in der ambulanten Begleitung von Menschen mit psychischen Erkrankungen?

Von Oliver Koenig

Welche Faktoren ermöglichen, dass professionelle Unterstützungsbeziehungen als hilfreich erlebt werden? Dieser Frage wird anhand der Darstellung eines Forschungsprojektes nachgegangen. In diesem wurde das in seiner Ausrichtung explizit beziehungsorientierte Begleitungsangebot des Vereins LOK (Leben ohne Krankenhaus) in Wien untersucht. Dieses Projekt versteht sich als Beitrag zur Diskussion für eine weitere Entwicklung personenzentrierter Unterstützungssysteme. Dazu wird ein Einblick in die Beziehungsdynamik zwischen Fachkräften und unterstützten Personen mit psychischen Erkrankungen gegeben.

Ambulant betreutes Wohnen

Ambulant betreutes Wohnen gilt mittlerweile als das zentrale Angebot gemeindepsychiatrischer Hilfeleistung für psychisch erkrankte Menschen mit komplexen Hilfebedarf (vgl. Konrad & Rosemann 2017). Diese Entwicklung wird sich in Deutschland auch in Folge der Implementierung des Bundesteilhabegesetzes und dessen vorgesehener Trennung fachlicher Unterstützungsleistungen von der Bereitstellung von Wohnraum mit hoher Wahrscheinlichkeit weiter fortsetzen (vgl. Witzmann et al. 2019). Aichele et al. (2019) folgend ist ein grundlegender Trend hin zu ambulant betreutem Wohnen auszumachen. Jedoch existieren immer noch große regionale Unterschiede und Menschen mit höherem Unterstützungsbedarf sind überwiegend in stationären Wohnformen untergebracht. Von den im Jahr 2017 197.000 Menschen, die im ambulant begleiteten Wohnen unterstützt wurden, können 71 % der Personengruppe von Menschen mit psychischen Erkrankungen zugerechnet werden (ebd., 19). Auch vor dem Hintergrund der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung stehen Organisationen vor der Herausforderung, Hilfe- und Unterstützungsleistungen so zu erbringen und zu organisieren, dass sie den individuellen (und sich verändernden) Bedürfnissen und Bedarfen von Personen entsprechen. Wie eine Studie zur Untersuchung der Wirksamkeit unterschiedlicher Wohnformen für Menschen



Oliver Koenig

Universitätsprofessor für Inklusive Pädagogik und Inklusionsmanagement, Bertha von Suttner Privatuniversität, Matthias Corvinus-Straße 15, 3100 St. Pölten

„mit seelischer Behinderung“ in Baden-Württemberg herausgearbeitet hat, ist das zentrale Entwicklungsdesiderat auf der Ebene des Unterstützungssystems die Personenzentrierung (Steinert et al. 2019, 57). Während die COVID-Pandemie Lernerfahrungen vieler Organisationen unterbrochen haben dürfte, wird durch sie auch gleichzeitig die Notwendigkeit einer solch weitreichenden Transformation deutlich. Internationale Forschungsbefunde zeigen, dass integrierte und gemeindenah psychosoziale Systeme im Gegensatz zu stärker institutionalisierten oder stationären Diensten eine weitaus größere Anpassungsfähigkeit bewiesen haben und in Summe glimpflicher durch die Krise gekommen sind (vgl. Rosenberg et al. 2020).

Bedeutung von Beziehungen

Während auf der Ebene des Unterstützungssystems und der Leistungsträger über die Bedeutung alternativer Verfahren zur Ermittlung von individuellen Unterstützungsbedarfen, Teilhabeplänen

und der Rolle von Persönlichen Budgets diskutiert wird, werden in den letzten Jahren im psychosozialen Feld (wieder) Stimmen lauter, welche die Bedeutung tragfähiger Beziehungen als Schlüsselement für wirksame Unterstützung hervorheben (vgl. Gahleitner, 2017). Demgegenüber wird jedoch festgestellt, dass hilfreiche Beziehungen in den Erfahrungen von Nutzern und Nutzerinnen wohnbezogener Hilfen selten sind (Barker & Thomson, 2015). Dies, so wird argumentiert, würde neben einer allgemeinen Zunahme individualistischer gesellschaftlicher Tendenzen (Hall et al., 2012) auf der Ebene des Unterstützungssystems selbst durch zunehmend managerialistische Dienstleistungsansätze (Trethick, 2014) begünstigt. Die damit verbundene Orientierungen an einer Standardisierung und Reglementierung von Hilfspraktiken, der Fokus auf Risikominimierung und die verstärkten Anforderungen an Dokumentation (Banks, 2013), stellen allesamt Entwicklungen dar, welche eine genuin personenzentrierte Unterstützungsorientierung und die Gestaltung tragfähiger Beziehungen strukturell eher erschweren. Jenseits deskriptiver Beschreibungen (vgl. Steinhart & Wienberg, 2017) existieren im deutschsprachigen Raum kaum Untersuchungen zu den konstitutiven Elementen hilfreicher Beziehungserfahrungen im ambulant begleiteten Wohnen. Es lohnt ein Blick auf internationale Forschungsarbeiten, die sich aus einer Recovery-Perspektive (vgl. Amering, 2020) mit der Bedeutung der professionellen Unterstützungsbeziehung beschäftigt haben. Diese Studien zeigen, dass die Qualität der professionellen Beziehung eine wesentliche Rolle bei der Genesung von psychischen Erkrankungen spielt (Schön et al., 2009). Aufschlussreich sind zwei systematische Reviews zu Fragen des Erlebens hilfreicher als auch nicht-hilfreicher Unterstützungsbeziehungen (vgl. Ljungberg et al. 2015 & 2016) aus der Perspektive der Nutzer und Nutzerinnen. Hilfreiche Beziehungen müssen, entsprechend den Erfordernissen und individuellen Bedürfnissen der zu unterstützenden Personen, in der Lage sein, sich zwischen einer professionellen und einer interpersonellen Dimension hin- und her zu bewegen. Die professionelle Dimension verweist dabei auf die durch die Richtung der

Dabei stellen die nicht-hilfreichen relationalen Faktoren häufig eine unmittelbare Umkehr der als hilfreich identifizierten Elemente dar.

Hilfsbringung festgelegten funktionalen Rollen (Anbieter vs. Empfänger) und des damit verbundenen privilegierten professionellen Wissens. Hier wird geschätzt, wenn dieses in einer kooperativen und nicht in einer bevormundenden Art und Weise eingebracht wird. Die interpersonale Dimension verweist auf Möglichkeiten wechselseitig stattfindender zwischenmenschlicher Prozesse, die sich auch in Unterstützungsbeziehungen ereignen. Dabei sind viele Komponenten, die für den Einzelnen hilfreich sein können, eher mit der Fachkraft als Person als mit deren Rollen verbunden. Auf der Ebene der Beziehung spielen sowohl die Einstellungen, das Verhalten als auch die Handlungen der Fachkraft innerhalb der Beziehung eine entscheidende Rolle (Ljungberg et al. 2015).

Von unterstützten Personen als besonders hilfreich beschriebene Handlungen sind in ihrem Wesen oft sehr subtil und von außen kaum als Unterstützung erkennbar. Es sind hier häufig kleine spontane und aufrichtige Gesten (sogenannte Mikro-Affirmationen), die Gefühle von Verbundenheit und Zugehörigkeit zum Ausdruck bringen. Nicht selten gehen diese über ein eng an professioneller Distanz orientiertes professionelles Beziehungsverständnis hinaus (Topor et al. 2018).

Als nicht-hilfreich identifizieren Ljungberg et al. (2016) sowohl bestimmte relationale als auch organisationale Komponenten: Dabei stellen die *nicht-hilfreichen* relationalen Faktoren häufig eine unmittelbare Umkehr der als hilfreich identifizierten Elemente dar, u.a. Gleichgültigkeit, sich nicht Verstanden fühlen, Bevormundung und Respektlosigkeit oder vordefinierte – häufig medizinisch pathologisierende – Sichtweisen. Zu den *nicht-hilfreichen* organisationalen Faktoren zählen der häufige Wechsel von Bezugs- und Ansprechpersonen, unzureichende Zeit für bedeutungsvolle Interaktionen, Mangel an oder Intransparenz von Informationen sowie unterschiedliche Formen von Zwangskontexten.

Das Forschungsprojekt

Das vom Verein LOK in Auftrag gegebene Forschungsprojekt „Wirkungen & Theorieentwicklung der Persönlichen Begleitung und Betreuung im Alltag“ wurde von 2017-2019 umgesetzt. Der

Verein *LOK Leben ohne Krankenhaus* wurde 1989 im Zuge der Umsetzung der Wiener Psychiatriereform gegründet. Die Gründer und Gründerinnen waren Personen, die in der stationären Psychiatrie auf einer Akutstation tätig waren. Sie machten damals die Erfahrung, dass bestimmte Personengruppen nach gescheiterten Wohnversuchen als „nicht integrierbar“ bezeichnet wurden. Es stellte sich heraus, dass diese Personengruppe durch das vorhandene extramurale Betreuungsangebot nicht in einer Art und Weise versorgt werden konnte, die ein Leben ohne Krankenhaus ermöglicht hätte (vgl. Scherthaner 2020). Aktuell betreibt der Verein LOK fünf Wohngemeinschaften, fünf intensiv betreute Betreuungsstützpunkte, vier Standorte für die ambulante Wohnbegleitung sowie vier Beschäftigungsprojekte. In Summe nehmen etwa 500 Menschen Angebote des Verein LOK in Anspruch und er beschäftigt ca. 270 Mitarbeiter*innen sowie sieben EX-IN Mitarbeiter*innen. Gegenstand des Forschungsprojektes war das Arbeitsfeld der ambulanten Begleitung von erwachsenen Menschen mit einer psychischen Erkrankung. Dieses Dienstleistungsangebot wird im Verein LOK als „Persönliche Betreuung und Begleitung im Alltag“ (mit PB abgekürzt) bezeichnet und von etwa 300 Personen in Anspruch genommen. Konzeptionell fokussiert die Unterstützung dabei auf drei eng miteinander verbundene Bereiche: (1) der Unterstützung von Aufgaben, Tätigkeiten und Herausforderungen in der Umsetzung des Alltags; (2) dem Aufbau und Erhalt einer stabilen Betreuungsbeziehung; (3) der Unterstützung und Begleitung während Krisen. Ziel der Studie war es, die Bedeutung der Beziehungen zwischen Klienten und Klientinnen und Fachkräften, der Betreuungsdynamik und der Entwicklung einer als unterstützend und tragfähig erlebten Beziehung herauszuarbeiten. Daraus sollte eine praxisrelevante Theorie professioneller Beziehungsarbeit sowie Kriterien und Bedingungen abgeleitet werden, welche eine unterstützende Beziehung in der Arbeit für und mit Menschen mit psychischen Erkrankungen fördern können. Das Forschungsprojekt orientierte sich an partizipativen Arbeitsweisen der Aktionsforschung, enthielt aber auch Komponenten von Grundlagenforschung. In Summe wurden mit 9 Leitungskräften, 32 Fachkräften und 35 Klienten und Klientinnen 91 Interviews, drei Fokusgruppen und drei

partizipative Auswertungs-Workshops durchgeführt. Die erhobenen Daten wurden sowohl themenbezogenen als auch mittels der Grounded Theory ausgewertet. Die vielfältigen Ergebnisse dieser Studie sind detailliert in Koenig & Schachner (2020) beschrieben.

Ergebnisse

Es wurde herausgearbeitet, dass sich das Wirkungsspektrum der PB weitestgehend mit jenem deckt, welches auch im Rahmen psychotherapeutischer Wirkungsforschung beschrieben wurde (vgl. u.a. Pfammatter & Tschacher, 2012). Ein Großteil der interviewten Klienten und Klientinnen berichteten von positiven Veränderungen und Entwicklungen auf der individuellen Ebene wie etwa der Entwicklung von Selbstfürsorge, einer Verbesserung ihres Gesundheitszustands, einer psychischen Stabilisierung sowie der Veränderung von Selbstkonzepten. Angesichts der vom Verein LOK betreuten Klientel, welche oft eine „Odyssee“ durch das sozialpsychiatrische Unterstützungssystem hinter sich hat, können diese Befunde als bemerkenswert eingestuft werden. Aufgrund der individuellen, lebensortbezogenen sowie praktischen Ausrichtung der PB im konkreten Alltag der begleiteten Personen, in welchem „nicht nur geredet, sondern auch gemeinsam gehandelt“ (interviewte Fachkraft) wird, zeigen sich auch weiterführende Wirkungen. Vielfältige praktische Unterstützungsleistungen tragen zu einer Klärung und Stabilisierung existenzieller, häufig leidverursachender Problemlagen, sowie zu einer gelingenden und lustvolleren Bewältigung des eigenen Alltags bei. Wie sich herausstellte, kann als Spezifikum einer Vielzahl der beschriebenen Wirkungen, zumindest mittelbar, eine professionelle Herangehensweise gesehen werden, welche von einer Fachkraft als professionelle Haltung einer „absichtsvollen Absichtslosigkeit“ beschrieben wurde:

„... meinen Freunden aus dem Sozialbereich, denen schwärme ich immer vor, dass ich hier niemand normalisieren, gesund oder irgendwie arbeitsfähig machen muss, sondern dass die Leute so sein dürfen wie sie sind. Und dabei darf ich sie begleiten und eintauchen in ihr Leben.“ (interviewte Fachkraft)

Es ist wichtig zu erwähnen, dass der Verein LOK in seinem Handlungskonzept

keine therapeutischen Zielsetzungen verfolgt. Auch stellen die Begleitung durch Fachärzte der Psychiatrie bzw. die Einnahme von Medikamenten keine Kriterien für die Aufnahme oder Aufrechterhaltung einer Begleitung dar. Zumindest im österreichischen Kontext sozialpsychiatrischer Unterstützung kommt dem Verein LOK damit eine exponierte Stellung zu:

„Ein wesentlicher Punkt ist, dass wir an der Seite von Menschen sind, sie begleiten ohne zu bewerten und eine Beziehung anbieten, die nicht darauf abzielt, den Klienten in eine bestimmte Richtung zu bringen. Es ist eine Beziehung, die grundsätzlich nicht darauf abzielt, dass sich der Klient oder die Klientin weiterentwickelt (...) Wir machen auch keine Zielvorgaben mit den Klienten. In den Erstgesprächen mit den Klienten fragen wir, was sie von der Betreuung wollen. Aber es gibt überhaupt keinen Anspruch, dass die Klienten selbstständiger werden sollten. Es passiert dann natürlich im Rahmen der Betreuung. Das kann ich im Rückblick auf viele Jahre sagen, dass genau diese Haltung bewirkt, dass sich Klienten verändern“ (interviewte Leitungskraft).

Es war auffällig, dass viele der unterstützten Personen diese erlebte Befreiung von Zwängen explizit als Kontrastfolie („Hier darf ich ICH sein“) zu ihren Erfahrungen bei anderen Anbietern psychosozialer Unterstützung beschrieben:

„Ich habe hier nicht das Gefühl, dass sich wer irgendwelche Bedingungen überlegt hat, das gibt es hier nicht. Bei anderen Vereinen kündigt man die Patientenbeziehung, wenn die Bedingungen nicht erfüllt werden. Hier geht es eben genau um das, dass man herausfindet, was man will, dass man sich selber findet dann schlussendlich“ (interviewter Klient).

Die Paradoxie besteht darin, dass in dem „Nicht-in-eine-bestimmte-Richtung-wirken-Wollen“ das eigentlich wirkmächtige Potenzial der PB steckt. Indem Zielvereinbarungen als Aspekt professioneller Hilfe an Bedeutung verlieren, entsteht in der PB ein systemischer Vorteil. Wie der Systemtheoretiker Willke (2005, S. 7) schreibt, sind „Interventionen in komplexe Systeme (wie vor allem Menschen) [...] möglich, aber ihr Erfolg ist unwahr-

scheinlich. Wahrscheinlicher ist, dass der intervenierende Akteur wenig, nichts oder gar das Gegenteil des Intendierten bewirkt.“

Das eigene Handeln nicht durch im Vorfeld definierte Ziele oder eng gefasste anzustrebende Wirkungen eingrenzen zu lassen, erlaubt, sich intensiver auf den zwischenmenschlichen Austausch einzulassen. Erwähnenswert ist dabei, dass sich dadurch die Komplexität des Anspruchs an Fachkräfte nicht reduziert, sondern erhöht. In der Auslegung und Ausfüllung ihrer Rollen müssen sie bewusst, von Fall zu Fall und von Situation zu Situation zwischen therapeutischen, pädagogischen, sozialarbeiterischen und handlungspraktischen Aufgaben und Kompetenzen unterscheiden, agieren und pendeln können.

Die von Klienten und Klientinnen geschilderten Beziehungsqualitäten entsprachen jenen haltenden emotionalen Qualitäten, wie sie häufig aus funktionierenden Freundschaften und Familien erfahren werden. Als „Beziehung unter besonderen Umständen“ bezeichnete eine Betreuerin den Charakter dieser Beziehungen, die auch in der Lage ist, Konflikten standzuhalten. Mit wenigen Ausnahmen war den unterstützten Personen der professionelle Charakter der Beziehung bewusst und wurde nicht als Widerspruch zu den erlebten zwischenmenschlichen Qualitäten erfahren. Gerade Fachkräfte beschrieben, wie das gemeinsame Gestalten der Beziehung und das damit korrespondierende Beziehungserleben als das

wirksame Element der PB, aus denen auch die Fachkräfte nicht selten subjektiven Sinn und Mehrwert erfahren.


Als zentrale professionelle Herausforderung ihrer Tätigkeit benannten Fachkräfte den notwendigen Aufbau von gegenseitigem

Vertrauen. Dies stellt nicht selten einen längerfristigen Prozess dar, in dem es gelte jenen stimmigen Bereich zwischen dem Aufzeigen und Halten von Grenzen, dem Aufmachen und Sich-Zeigen sowie dem Zulassen von Nähe und Wechselseitigkeit zu finden. Dort wo Klienten und Klientinnen im Laufe ihrer Biographie gewaltbesetzte Beziehungserfahrungen erlebt haben, schilderten Fachkräfte auch die Entwicklung der Fähigkeit „trotz Schwierigkeiten in der Beziehung zu bleiben“ als Erfolg.

Als zentrale professionelle Herausforderung benannten Fachkräfte den notwendigen Aufbau von gegenseitigem Vertrauen. Dies stellt nicht selten einen längerfristigen Prozess dar.

Das gemeinsame Finden eines stimmigen Rahmens ist dabei nicht als einmalig abzuschließende Anforderung zu verstehen, sondern wurde als eigentlicher Kernprozess der PB identifiziert. In diesem ist es notwendig, kontinuierlich gemeinsam auszuhandeln, auszuprobieren, zu lernen und zu reflektieren. Dafür benötigt es als zentrale Voraussetzung institutionell verankerte Strukturen und Abläufe, die „Reflexionsarbeit“ als kontinuierliche Praxis der fortlaufenden Professionalisierung und des Lernens ermöglichen.

Implikationen

Recovery, so schreibt Topor (2020) „ist ein Prozess des Wandels. Dazu gehören Veränderungen der Lebensbedingungen der Nutzer, ihres Selbstbildes und ihrer Beziehungen zu Anderen. Es ist auch ein Prozess des Wandels für die Fachkräfte im Hinblick auf das, was gemeinhin als professionelles Rollenbild verstanden wird.“ Die De-Institutionalisierung und mit ihr die Etablierung von ambulanten Formen der Unterstützung von Menschen mit Behinderungen bzw. psychischen Erkrankungen war nicht nur als Anbau zum stationären Hilfesystem entwickelt worden, sondern als grundlegende Alternative, welche auch einen neuen Typus dienstleistungsorientierten professionellen Handelns verlangt (Rohrman 2007). Fortschreitende Entwicklungen in Richtung einer (Über-)Reglementierung psychosozialer Unterstützung stehen dabei im scharfen Widerspruch zu den erhobenen Forderungen nach mehr Personenzentrierung. Trotz dieses immer enger werdenden Rahmens ereignen sich hilfreiche Formen der Begleitung an den Rändern von Systemen. Mit Blick auf die anstehenden Herausforderungen, Menschen mit Behinderungen bzw. psychischen Erkrankungen in und durch die (neuen) sozialen Ordnungen in Folge oder in Prolongation der COVID-Pandemie zu begleiten, und dabei wie es das Bundesteilhabegesetz vorsieht, stationäre Formen der Unterstützung sukzessive abzubauen, wird es wichtig sein, genau hinzusehen wo und wie sich hilfreiche Praxis ereignet und wie wir Strukturen zu deren Unterstützung (um-)gestalten und in die Mitte unseres Handelns führen können. 

Literatur

Ausführliche Literaturangaben zu diesem Beitrag unter www.kerbe.info.

Wie wirksam ist Wohnunterstützung?

Ein Vergleich von Unterstützungsangeboten in der eigenen Wohnung und solchen in besonderer Wohnform¹

Von Lorenz B. Dehn, Thomas Beblo, Günther Wienberg, Martin Driessen, Ingmar Steinhart



Dr. Lorenz B. Dehn, Psychologischer Psychotherapeut, Klinik für Psychiatrie u. Psychotherapie, Evangelisches Klinikum Bethel (EvKB).

Prof. Dr. Thomas Beblo, Ev. Klinikum Bethel, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Forschungsbeauftragter, Leiter Forschungsabteilung.

Prof. Dr. Günther Wienberg, Institut für Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern, An-Institut der Universitätsmedizin Greifswald.

Prof. Dr. Martin Driessen, Chefarzt Klinik für Psychiatrie u. Psychotherapie, Universitätsklinikum OWL Bielefeld, Vorstand DGPPN.

Prof. Dr. Ingmar Steinhart, Vorstand v. Bodelschwingsche Stiftungen Bethel, Direktor Institut für Sozialpsychiatrie, Universitätsmedizin Greifswald.

Es besteht international und vor allem in Deutschland ein Mangel an empirischer Forschung zum unterstützten Wohnen für nicht obdachlose Menschen mit psychischen Erkrankungen. In einer prospektiven Zwei-Jahres-Studie haben wir daher die Wirksamkeit von entsprechenden Unterstützungsangeboten in der eigenen Wohnung und solchen in besonderer Wohnform untersucht. Dabei konnten einerseits insgesamt positive Verläufe hinsichtlich verschiedener Ergebnisparameter aufgezeigt werden, andererseits erzielten beide Formen der Wohnunterstützung auch vergleichbare psychosoziale Rehabilitationserfolge.

Hintergrund

Innerhalb der Angebote zur sozialen Teilhabe für Menschen mit psychischen Erkrankungen haben sich verschiedene Formen des unterstützten Wohnens etabliert. Grundsätzlich lassen sich dabei einerseits stationäre Wohneinrichtungen, die lange Zeit als „Heim“ und mittlerweile als „besondere Wohnform“ bezeichnet werden, und andererseits ambulante Unterstützungsangebote in der eigenen Wohnung unterscheiden. Von allen Nutzenden solcher Wohnangebote, stellen Menschen mit seelischen (im Vergleich zu körperlichen bzw. geistigen) Behinderungen mit 51% den größten Anteil dar (BAGüS 2021)

und ihre Zahl ist über die letzten Jahre zunehmend angestiegen. Dem aktuellen Kennzahlenvergleich der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe zur Folge, erhielten im Jahr 2019 insgesamt rund 214.000 Menschen mit psychischen oder Suchterkrankungen Wohnunterstützung, davon etwa 28% stationär und 72% ambulant (BAGüS, 2021). Gemäß dem aktuellen Forschungsstand, welcher überwiegend auf Studien mit wohnungslosen Klient:innen basiert, scheinen selbstständige bzw. ambulante Wohnformen (mindestens) ebenso erfolgreich zu sein, wie stationäre Wohneinrichtungen (Richter & Jäger 2020). Dennoch wird wiederholt hervorgehoben, dass es international, aber vor allem eben auch in Deutschland, einen Mangel an empirischer Wohnforschung gibt, insbesondere für Menschen mit psychischen Erkrankungen, die nicht von

¹ Dieser Text ist eine verkürzte und bearbeitete Version eines Abschnitts aus dem Abschlussbericht „Wirksamkeit der Eingliederungshilfe Wohnen für Menschen mit seelischen Behinderungen in Nordrhein-Westfalen“ (Wienberg & Steinhart 2021).

Obdachlosigkeit betroffen sind (Gühne et al. 2017, McPherson et al. 2018, Richter & Jäger 2020).

Studienziel

Um den Rehabilitationserfolg der Wohnunterstützung für nicht-wohnungslose Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen systematisch und großflächig zu evaluieren, wurden im Rahmen des Forschungsprojektes „Wirksamkeit der Eingliederungshilfe Wohnen für Menschen mit psychischen Erkrankungen“ (WiEWohnen NRW) Nutzende der Eingliederungshilfe Wohnen im Großraum Westfalen sowohl zu Maßnahmenbeginn als auch nach zwei Jahren befragt. Für die vorliegende Auswertung sollte dabei analysiert werden, wie die Wohnunterstützung in Bezug auf verschiedenartige Parameter der Ergebnisqualität wirkt, primär die soziale Funktionsfähigkeit. Dabei wurde angesichts der oben beschriebenen Evidenzlage davon ausgegangen, dass der Rehabilitationserfolg der Wohnunterstützung unter ambulanten Bedingungen in der eigenen Wohnung nicht schlechter ausfallen sollte als im stationären Setting bzw. in der besonderen Wohnform (*Nicht-Unterlegenheitsannahme*).

Methodik

Studienablauf

An der Studie konnten Personen teilnehmen, die neu oder wieder in die wohnbezogene Eingliederungshilfe gemäß §2 (1) SGB IX der teilnehmenden Anbieter aufgenommen worden sind oder dort ihren entsprechenden Status (z. B. von ambulant zu stationär) veränderten.

Die Teilnehmenden sollten 18–69 Jahre alt sein, die Diagnose einer schweren psychischen Erkrankung aufweisen und keine schwere körperliche Erkrankung, relevante Lern- bzw. Intelligenzminderung oder unzureichende Kenntnis der deutschen Sprache haben. Nach einem ersten Screening durch die Leistungsanbieter, wurden potenzielle Teilnehmende von Projektmitarbeitenden über die Studie informiert, die Einschlusskriterien überprüft und das schriftliche Einverständnis zur Teilnahme eingeholt.

Sowohl für die Erst- als auch die Zwischen- (nach 1 Jahr) und Abschlussbefragung (nach 2 Jahren) gab es eine Aufwandsentschädigung von insgesamt 50 €.

² v. Bodelschwingsche Stiftungen Bethel, Bielefeld; Das Dach, Detmold; Förderkreis Sozialpsychiatrie, Münster; Wohnverbund Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Münster

Von der zuständigen Ethik-Kommission erhielt das Forschungsvorhaben ein positives Votum (Universität Münster, 2017-149-f-S).

Erfolgsindikatoren

Als primärer Indikator für die Ergebnisqualität der Wohnunterstützung wurde entsprechend der sozialrechtlichen Zielsetzung der Eingliederungshilfe ein Kennwert der sozialen Funktionsfähigkeit ausgewählt: Der Gesamtwert der deutschen Version der *Social Functioning Scale* (SFS, Birchwood et al. 1990, Iffland et al. 2015). Dieser wird im Selbstbericht anhand von 76 Fragebogenitems erhoben und deckt mit 7 Subskalen eine Vielzahl von unterschiedlichen Aspekten sozialer Funktionen ab, u.a. soziale Eingebundenheit, prosoziale Aktivitäten, zwischenmenschliche Fähigkeiten oder Arbeit und Beschäftigung. Um die Ergebnisqualität aber auch mehrdimensional evaluieren zu können, wurden zusätzlich weitere Indikatoren einbezogen: Als Fragebogen zur Lebensqualität wurde das Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA) eingesetzt (Pribe et al. 1999), die subjektive Belastung durch psychopathologische Symptome wurde anhand einer Kurzform der Symptom-Checkliste (SCL-K9 nach Klaghofer & Brähler 2001) erfragt und aus dem Bereich der Inanspruchnahme medizinischer Versorgung wurde das Auftreten stationär-psychiatrischer Behandlungen in den letzten 12 Monaten erhoben.

Statistisches Vorgehen

Die Überprüfung der Nicht-Unterlegenheitsannahme erfolgte für den Hauptindikator „soziale Funktionsfähigkeit“

gemäß dem hierfür etablierten Prinzip der Konfidenzintervall-Inklusion (Wellek & Blettner 2012). Der Vergleich der Ausgangs-, Abschluss- und Verlaufsbedingungen zwischen den beiden Wohnformen wurden anhand von zwei-faktoriellen Varianzanalysen mit Messwiederholung (SFS, MANSA, SCL-K9) bzw. non-parametrischen Tests (Prävalenz stationärer Behandlungen) durchgeführt.

Ergebnisse

Stichprobenezusammensetzung

In die Evaluationsstudie konnten insgesamt 257 Personen für die Erstbefragung aufgenommen werden. Davon berücksichtigt die vorliegende Auswertung jedoch ausschließlich diejenigen 165 Teilnehmenden, die über den zweijährigen Studienverlauf konstant in derselben Wohnunterkunft, Wohnung bzw. Wohneinrichtung gelebt haben (*Per-Protocol-Gruppe*), damit die langfristige Wirksamkeit zwischen ambulanter und stationärer Unterstützungsform besser vergleichbar ist. Um die Analyseergebnisse außerdem nicht durch mögliche Unterschiede in den Ausgangsbedingungen zu verzerren, wurden die beiden Unterstützungsformen mittels eines methodisch hochwertigen statistischen Verfahrens (*Propensity Score Matching*) hinsichtlich soziodemografischer und klinischer Merkmale miteinander vergleichbar gemacht. Hieraus resultierten dann zwei parallelisierte Gruppen mit jeweils 51 Klient:innen (*siehe Tabelle 1*).

Soziale Funktionsfähigkeit

Für den 2-Jahresverlauf zeigten die Analysen, dass beide Gruppen signifikante

Tabelle 1: Merkmale der Teilnehmenden zu Studienbeginn.

	Besondere Wohnform (stationär, n=51)	Unterstützung in der eigenen Whg. (ambulant, n=51)
weibliches Geschlecht	35 % (n=18)	39 % (n=20)
Altersdurchschnitt und Spannweite	42,8 Jahre; 21-65 Jahre	43,6 Jahre; 21-68 Jahre
ICD-10-Diagnosen		
F10-19: Substanzbezogene Störungen	39 % (n=20)	29 % (n=15)
F20-29: Schizophrene Störungen	29 % (n=15)	25 % (n=13)
F30-39: Affektive Störungen	10 % (n=5)	20 % (n=10)
F40-48: Angst- & Belastungsstörungen	8 % (n=4)	10 % (n=5)
F60-69: Persönlichkeits- & Verhaltensstörungen	12 % (n=6)	12 % (n=6)
Andere	2 % (n=1)	4 % (n=2)
Stationär-psychiatrische Behandlung in den letzten 12 Monaten (ja)	71% (n=36)	59% (n=30)
Bisherige Anzahl an Jahren in betreuten Wohnformen (Durchschnitt)	2,8 Jahre	2,9 Jahre



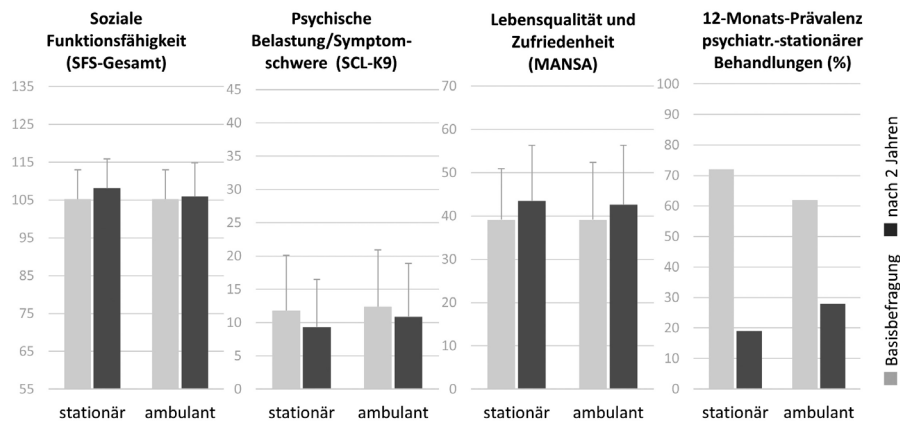


Abbildung 1: Veränderungen der Ergebnisindikatoren im Verlauf (Mittelwerte/SD bzw. %)

Verbesserungen im SFS-Gesamtwert aufwiesen. Allerdings ergab sich hier kein Hinweis auf einen gruppenspezifischen Vorteil und beide Wohnformgruppen unterschieden sich auch zur Abschlussbefragung nicht signifikant. Die Prüfung der Nicht-Unterlegenheitsannahme bestätigte, dass der SFS-Gesamtwert nach zwei Jahren ambulanter Wohnunterstützung statistisch nicht bedeutsam geringer ausfiel als unter stationären Unterstützungsbedingungen. Das heißt, auf der Grundlage identischer Ausgangsbedingungen war der zweijährige Rehabilitationserfolg unter ambulanten Bedingungen nicht schlechter als in der besonderen Wohnform.

Weitere Erfolgskriterien

Sowohl für die subjektive Lebensqualität als auch die selbsteingeschätzte Symptombelastung zeigten die statistischen Auswertungen, dass bei Erst- und Endbefragung keine bedeutsamen Differenzen zwischen beiden Wohnformgruppen auftraten und diese über den Zweijahresverlauf hinweg im gleichen Maße signifikante Verbesserungen erzielten (siehe Abbildung 1). Dieses Ergebnismuster bestätigte sich auch für das Auftreten an stationär-psychiatrischen Behandlungen in den letzten 12 Monaten: Im Vergleich zum Studienbeginn resultierte hier bei der 2-Jahresbefragung eine signifikante Reduzierung für beide Wohnformen, ohne statistischen Anhalt auf gruppenspezifische Vorteile (siehe Abbildung 1).

Diskussion

Wirksamkeit der Wohnunterstützung

Die Ergebnisse der vorliegenden Evaluationsstudie verweisen zunächst ganz generell auf positive Verläufe im Rahmen von Angeboten des unterstützten Woh-

nens für nicht obdachlose Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. So kam es nach zwei Jahren sowohl bei den Nutzenden von Unterstützungsleistungen in der eigenen Wohnung als auch bei denen in besonderer Wohnform gleichermaßen zu positiven Veränderungen bei verschiedenen psychosozialen und klinischen Ergebnisindikatoren. Auf der Basis identischer Ausgangsbedingungen ließen sich zwischen den beiden Gruppen jedoch keinerlei bedeutsame Unterschiede in der Ergebnisqualität feststellen. Zusammengefasst bedeutet das, dass beide Formen der Wohnunterstützung für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen hier also gleiche Effekte erzielten bzw. gleich wirksam waren. Es sei allerdings darauf hingewiesen, dass sich die Ergebnisse auf gemittelte Gruppenstatistiken stützen und individuelle Unterstützungsbedarfe ggf. dennoch eher für die eine oder andere Wohnform sprechen können.

Relevanz für Wohnforschung

Dass beim Vergleich von stationären und ambulanten Wohnangeboten keine eindeutigen Trends bzw. Unterschiede hinsichtlich sozialer und gesundheitlicher Ergebnisparameter festzustellen sind, war auch das Ergebnis einer internationalen Literaturübersicht von Richter und Hoffmann (2017a). Dort konnten jedoch nur zwei Studien zu nicht-wohnungslosen Personen mit psychischen Erkrankungen außerhalb der USA oder Kanada einbezogen werden. Die damals einzige Studie aus Deutschland von Kallert und Kolleg:innen (2007) stützte sich auf Personen mit (chronischen) schizophrenen Erkrankungen, die in stationären Einrichtungen in und um Dresden lebten. In die hier vorliegende Evaluationsstudie wurden Nutzende mit unterschiedlichen psychiatrischen Diagnosen und aus verschiedenen Orten in

Westfalen-Lippe aufgenommen. Unsere Ergebnisse zu den psychosozialen Verbesserungen durch das unterstützte Wohnen stimmen auch mit den Daten der diagnostisch und geografisch ebenfalls breit aufgestellten Studie des Kooperationsprojekts in Baden-Württemberg überein (Steinert, Jaeger & Herpertz 2020). Dort fand jedoch die Abschlussbefragung (der 85 noch erreichten Klient:innen) bereits nach 12-18 Monaten statt und in den Verlaufsanalysen wurden die Wohnformen nicht spezifisch differenziert. Zwar konnten auch wir nicht alle in die Erstbefragung aufgenommenen Teilnehmenden für die Auswertungen berücksichtigen, aber aufgrund der statistischen Parallelisierung der beiden Wohnformgruppen entspricht das Auswertungsdesign einem quasi-experimentellen Vorgehen und die methodische Qualität der Studie kann damit als hoch bewertet werden. Darüber hinaus bestätigten sich die Ergebnisse auch durch zusätzliche Auswertungen mit erweiterten statistischen Analysen (Dehn et al. 2021). Insgesamt liefert die quantitative Beobachtungsstudie also wichtige empirische Ergebnisse, um die Forschungslücke infolge des generellen Mangels an wissenschaftlichen Untersuchungen zur Unterstützung beim Wohnen im deutschsprachigen Raum zu schließen.

Praxisimplikationen

Mit Blick auf die Versorgungspraxis lassen sich die vorliegenden Ergebnisse dahingehend zusammenfassen, dass die Unterstützung in der eigenen Wohnung vergleichbare psychosoziale Rehabilitationserfolge erzielt wie das Angebot in besonderer Wohnform. Da die (potenziellen) Nutzenden jedoch in deutlicher Mehrheit das Leben in der eigenen Wohnung und nicht in Einrichtungen präferieren (Richter & Hoffmann 2017b), sollten entsprechende mobile Unterstützungsangebote in der eigenen Häuslichkeit gestärkt und ausgebaut werden. Auch die aktuelle S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ spricht sich in ihren Empfehlungen klar dafür aus, dass (schwer) psychisch kranke Menschen „...selbstbestimmt in der Gemeinde wohnen und entsprechend ihren individuellen Bedarfen und Präferenzen mobil unterstützt werden“ sollen (DGPPN, S. 156). Um Selbstbestimmung und gesellschaftliche Teilhabe von Nutzenden mit psychischen Erkrankungen also tatsächlich zu gewährleisten, müssen dafür nicht nur regelhaft entsprechende Wahlmöglichkeiten zur Verfügung gestellt, sondern vor allem ausreichende Zugänge zu geeignetem Wohnraum geschaffen werden.

Literatur

Ausführliche Literaturangaben zu diesem Beitrag unter www.kerbe.info.



Die „Modelltreue-Skala Selbstbestimmtes Wohnen (MSSW)“

Kriterien für Selbstbestimmtes Wohnen mit Unterstützung

Von Günther Wienberg, Dirk Richter, Franziska Myszor und Ingmar Steinhart

„Selbstbestimmtes Wohnen mit Unterstützung“ ist spätestens seit der UN-Behindertenrechtskonvention und dem Gesetz zur Stärkung von Teilhabe und Selbstbestimmung (BTHG) das leitende Paradigma in der Assistenz für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen. Es ist jedoch unklar, welche Merkmale entsprechende Leistungsangebote erfüllen sollten. Auf der Basis von Vorarbeiten in Nord-Amerika zum Housing First-Modell und unter Einbeziehung von Fachexpertinnen und -experten sowie Expertinnen und Experten aus Erfahrung wurde eine Skala mit 31 Items entwickelt und in 75 Angeboten der Wohnunterstützung erprobt. Die Ergebnisse sind ermutigend.

Einführung

Die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK) schreibt das Recht auf volle wirksame und gleichberechtigte Teilhabe fest. Dazu gehört, dass „...Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt mit anderen die Möglichkeit haben, ihren Aufenthaltsort zu wählen und zu entscheiden, wo und mit wem sie leben und nicht verpflichtet sind, in besonderen Wohnformen zu leben“ (UN-BRK Art. 19). Mit dem Gesetz zur Stärkung von Teilhabe und Selbstbestimmung (BTHG) ist es in Deutschland erkennbar gelungen, den Geist der UN-BRK in ein neues Leistungsrecht für Menschen mit Behinderungen umzusetzen.

Als Ziel der Leistungen legt das BTHG fest:

„Leistungen zur Sozialen Teilhabe werden erbracht, um eine gleichberechtigte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern [...]. Hierzu gehört, Leistungsberechtigte zu einer möglichst selbstbestimmten und eigenverantwortlichen Lebensführung im eigenen Wohnraum sowie in ihrem Sozialraum zu befähigen oder sie hierbei zu unterstützen“ (§ 113 Abs. 1 SGB IX). Und: „Dem Wohnen außerhalb von besonderen Wohnformen ist der Vorzug zu ge-

ben, wenn dies von der leistungsberechtigten Person gewünscht wird“ (§ 104 Abs. 3, SGB IX).

Diese Bestimmungen tragen einerseits der schon seit den 1990er Jahren laufenden „Ambulantisierung“ der Wohnunterstützung Rechnung, die in den 1990er Jahren begonnen hat. Aktuell leben mehr als 72 % aller Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen, die Assistenzleistungen erhalten, in der eigenen Wohnung (BAGüS 2021). Andererseits verstärken sie diese Entwicklung in Richtung auf einen wirklichen Paradigmenwechsel zum „Selbstbestimmten Wohnen mit Unterstützung“. Dieser Wandel entspricht den Präferenzen der Nutzenden, von denen mehr als 80 % nicht in einem institutionellen Setting unterstützt werden wollen (Richter & Hoffmann 2017).

Angesichts der in den letzten 15 Jahren zu verzeichnenden Dynamik der Leistungsentwicklung mit einer Steigerung der Fallzahlen und der Kosten insbesondere der Unterstützung in der eigenen Wohnung ist es erstaunlich, dass es im deutschsprachigen Raum bis vor kurzem keine empirisch fundierten Studien zu den Wirkungen der Eingliederungshilfe Wohnen gibt. Die Gründe dafür sind nicht zuletzt methodischer Art (vergl. Wienberg & Steinhart 2021, Kapitel A.2.1). Zur Schließung dieser Forschungslücke haben die Projekte WiEWohnen NRW (vergl. Dehn et al., in



Prof. Dr. Günther Wienberg, Institut für Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern, An-Institut der Universitätsmedizin Greifswald



Dirk Richter, Berner Fachhochschule, Departement Gesundheit; Universitäre Psychiatrische Dienste; Zentrum Psychiatr. Rehabil.



Franziska Myszor, Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Projekt WiEWohnen Nordrhein-Westfalen, angestellt bei Bethel.regional.



Prof. Dr. Ingmar Steinhart, Vorstand v. Bodelschwingsche Sitzungen Bethel, Direktor Institut für Sozialpsychiatrie, Universitätsmedizin Greifswald.

diesem Heft) und seine Schwesterprojekte in Baden-Württemberg und Mecklenburg-Vorpommern wichtige Beiträge geleistet.

Nach wie vor fehlen transparente und messbare Kriterien, nach denen beurteilt und skaliert werden kann, ob bzw. in welchem Ausmaß „Selbstbestimmtes Wohnen“ vorliegt. Zwar enthalten die Landesrahmenverträge nach § 131 SGB IX und die darauf bezogenen Leistungsvereinbarungen zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern sämtlich Aussagen zum Inhalt und zur Qualität der Leistungen. Diese wären auch ganz überwiegend einer operationalisierten Erfassung und Skalierung zugänglich, entsprechende Instrumente und Verfahren fehlen jedoch. Von einer systematischen

empirischen Überprüfung von Standards der Wohnunterstützung auf der Basis von skalierten Indikatoren kann also in Deutschland bisher keine Rede sein. Ein Beleg dafür, wie wenig Aufmerksamkeit dieses Thema bis heute findet, ist auch die Tatsache, dass in der zweiten Auflage des „Handbuchs“ zum „Selbstbestimmten Wohnen“ von Rosemann & Konrad (2017) ein Kapitel dazu fehlt.

Die Entwicklung der „Modell-treue-Skala Selbstbestimmtes Wohnen“ (MSSW)

Ausgangspunkt der Entwicklung war die inhaltliche Festlegung auf das Modell des „Selbstbestimmten Wohnens“, das sowohl in der UN-BRK als auch im deutschen Gesetz zur Stärkung von Teilhabe und Selbstbestimmung (BTHG) das geltende Paradigma ist. Die S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ (DGPPN 2019) hat die verfügbare wissenschaftliche Evidenz aufbereitet und in Empfehlungen umgesetzt (siehe dort, Empfehlungen 16 u. 17). In Kooperation mit einem Schwesterprojekt in der Schweiz wurden in einem Teilprojekt des Forschungsprojekts „Wirkungen der Eingliederungshilfe Wohnen für Menschen mit seelischen Behinderungen in Nordrhein-Westfalen (WiEWohnen NRW)“ (Wienberg & Steinhart 2021) operationalisierte Kriterien entwickelt, die es erlauben, verschiedene Wohnunterstützungs-Settings vergleichend zu beschreiben und so festzustellen, inwieweit in der jeweiligen Organisationseinheit das Paradigma des Selbstbestimmten Wohnens mit Unterstützung umgesetzt ist. Modelltreue- oder Fidelity-Skalen sind in der Psychiatrie kein Novum (Bond & Drake 2020). Es gibt sie z.B. für das Supported Employment nach dem Paradigma „erst platzieren, dann trainieren“ (Bond et al. 2012) oder für das Assertive Community Treatment, eines Modells der nachgehenden und aufsuchenden multiprofessionellen ambulanten Behandlung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen (McHugo et al. 1999, Feldhuizen & Bähler 2013/2017). In beiden Fällen existieren empirische Belege für einen positiven Zusammenhang zwischen Ausmaß der Modelltreue und Wirksamkeit dieser Interventionen. Zwar kann die Qualität der Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen nicht ausschließlich danach beurteilt werden, inwieweit bestimmte Systemkomponenten oder Interventionen mit hoher

Treue durchgeführt wurden, eine hohe Modelltreue gibt Leistungsträgern, Leistungsempfängerinnen und -empfängern sowie Anbietern jedoch eine höhere Sicherheit, dass die jeweiligen Maßnahmen die gewünschten Wirkungen erzielen. Außerdem kann eine Modelltreuebewertung erheblich zu einer transparenteren Praxis beitragen, die im Bereich der Eingliederungshilfe Wohnen in Deutschland bis heute noch immer in weiten Teilen eine Black Box darstellt.

Im Bereich der Wohnunterstützung wurden in nordamerikanischen Studien Skalen für Interventionen nach dem Housing First-Modell bei obdachlosen Menschen entwickelt, von denen ja ein hoher Anteil schwere psychische Störungen aufweisen (Brown et al. 2018, Goering et al. 2016, Stefancic et al. 2013). Auf der Basis dieser Skalen wurde im Projekt WiEWohnen NRW von einer multiprofessionellen Arbeitsgruppe der Entwurf einer Modelltreue-Skala erarbeitet.

Diese Entwurfsfassung wurde in zwei Schritten überprüft. Im Februar 2018 erhielten 18 Expertinnen und Experten der Wohnunterstützung von Menschen mit psychischen Erkrankungen aus Deutschland, Österreich und der Schweiz den Skalen-Entwurf mit Erläuterungen zu Hintergrund, Aufbau und Bearbeitung der Skala. Es gingen Rückmeldungen von 11 Personen oder Gruppen ein, die insgesamt 140 Anmerkungen zu einzelnen Items sowie 29 generelle Stellungnahmen zur Skala umfassten.

Im zweiten Schritt wurden Relevanz und Vollständigkeit der Themen aus Sicht von Klientinnen und Klienten erhoben. Dazu wurden im Frühjahr 2018 vier Fokusgruppen-Interviews mit Nutzenden der Wohnunterstützung in Bielefeld, Dortmund und Hagen durchgeführt, die seit mindestens einem Jahr ein solches Angebot in Anspruch nahmen. Die Rekrutierung erfolgte über Ansprechpartner in den Teams. Insgesamt nahmen 27 Personen (12 w, 15 m) im Alter zwischen 18 und 60 Jahren teil. Davon erhielten 16 ambulante, 5 intensiv-ambulante und 6 stationäre Wohnunterstützung. Die Gruppeninterviews erfolgten anhand eines Leitfadens, der sich an den Themenbereichen des Skalenentwurfs orientierte. Die Teilnehmenden konnten die Aspekte ansprechen, die sie mit dem jeweiligen Thema verbinden und dessen Bedeutsamkeit diskutieren. Anschließend wurden spezielle Items angesprochen, sofern diese im bisherigen Gespräch noch nicht aufgetaucht waren. Auch nicht enthaltene Themen wurden abgefragt.

Zentrale Aspekte wurden während der Interviews auf Flip-Charts festgehalten und der Gesprächsverlauf wurde in einem zusammenfassenden Verfahren nach Mayring (2005, S. 427) protokolliert. Nach der dritten Gruppe lag eine theoretische Sättigung der Ergebnisse vor.

Die Auswertungen von Expertinnen- und Experten-Befragung und Gruppeninterviews ergab bei einem insgesamt hohen Maß an inhaltlicher Zustimmung eine Vielzahl von Aspekten, die zu Umformulierungen von Items und Erläuterungen führten. Insgesamt gaben die Rückmeldungen jedoch keinen Anlass, die Grundstruktur der Skala zu ändern. Es wurde lediglich jeweils ein Item gestrichen („Trennung von Wohnsetting und Diensträumen“) und eines hinzugefügt („Transparente Kommunikation“). Die aktuelle Fassung enthält 31 Items zu vier Themenbereichen:

- Wohnbedingungen (6 Items),
- Mitarbeitende/Teams (4 Items),
- Unterstützungsbedingungen (15 Items)
- Inklusionsbedingungen (6 Items).

Die Items sind endpunktebenannt und werden im 5 Punkte-Likert-Format skaliert. Die Endpunkte bezeichnen jeweils ein Optimum und ein Pessimum. Beispiel: „Wahlfreiheit bei der Gestaltung des Wohnraums“, Optimum (trifft voll zu): „Nutzende haben volle Wahlfreiheit bei der Gestaltung des Wohnraums“, Pessimum (trifft gar nicht zu): „Nutzende haben keinerlei Wahlfreiheit bei der Gestaltung des Wohnraums“. Aufsummiert können maximal 155 Punkte erreicht werden.

Ergebnisse einer Pilotstudie

Die Skala wurde in 75 Settings der Wohnunterstützung in Westfalen und 12 in der Schweiz mittels telefonischer Interviews der zuständigen Leitungspersonen angewendet. In 33 Fällen handelte es sich um Unterstützung in besonderen Wohnformen (UBW) und in 54 um Unterstützung in der eigenen Wohnung (UEW). Die Interviews wurden von einer erfahrenen Fachkraft durchgeführt, den Interviewten lag dabei eine schriftliche Fassung der Skala vor. Jedes Item wurde von Interviewerin und Interviewten durchgesprochen, im Anschluss daran erfolgte das jeweilige Rating durch die Interviewerin. Die Interviews dauerten zwischen 50 und 70 Minuten.

Der Summenwert für die UBW-Settings (Mittelwert 124,6, Median 125) war niedriger als in den UEW-Settings (Mittelwert

128,8, Median 130). Diese Differenz ist statistisch signifikant. Der Vergleich der Subskalen ergab, dass die UEW-Angebote nur bei den Wohn- und den Inklusionsbedingungen signifikant bessere Werte aufwiesen als die UBW-Angebote, keine Unterschiede gab es hingegen bei Mitarbeitenden/Teams und Unterstützungsbedingungen (zu einer ausführlicheren Darstellung der Ergebnisse siehe Richter et al. 2021). Dieses Ergebnis überrascht nicht: Wohnen in der eigenen Häuslichkeit eröffnet mehr Wahloptionen und mehr Inklusionschancen als das Leben in einem institutionellen Setting. Auf der anderen Seite steht die höhere Unterstützungssicherheit in den besonderen Wohnformen, die ja zumeist rund um die Uhr gegeben ist. Hier haben aufsuchende Dienste sehr oft noch Nachholbedarf. Deutlich wurde auch, dass bei den Mitarbeitenden in beiden Settings Entwicklungsbedarf besteht. Dies betrifft insbesondere die Einbeziehung von Expertinnen und Experten aus Erfahrung sowie Basisqualifikation wie Deeskalation und Motivierende Gesprächsführung.

Fazit

Insgesamt zeigt sich, dass eine vergleichende Beschreibung und Skalierung von Wohnunterstützungsangeboten auf der Grundlage des Paradigmas „Selbstbestimmtes Wohnen mit Unterstützung“ auch im deutschsprachigen Raum möglich ist. Mit Mittelwerten von 4,0 im UEW und 4,2 im UBW auf der 5-Punkte-Skala war die Modelltreue insgesamt hoch. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die entsprechenden Ratings auf Telefoninterviews basieren. Skalen wie die MSSW bieten die Chance, die Evaluation der Modelltreue von Angeboten der Wohnunterstützung im Sinne des o. g. Paradigmas auf eine breitere, empirische Basis zu stellen. Sie können z. B. als Instrument zur Selbstevaluation von Teams, aber auch als Mittel zur Evaluation durch Fachkolleginnen und -kollegen (Peer-Reviews) oder durch Zertifizierungsinstanzen genutzt werden und, darauf aufbauend, zur Entwicklung von Qualifizierungsstrategien für Mitarbeitende und Teams. Die MSSW bedarf weiterer Erprobung und vor allem der Überprüfung ihrer Reliabilität und Validität. *Die Skala steht ausschließlich der Materialien allen Interessierten zur Verfügung: <http://osf.io/zjt6d/>.*

Literatur

Ausführliche Literaturangaben zu diesem Beitrag unter www.kerbe.info.

Intensive Formen der Wohnunterstützung aus Nutzendensicht

Eine qualitative Studie zu Motiven, Zielen und Erwartungen psychisch erkrankter Menschen

Von Julia Grochtmann, Günther Wienberg, Martin Driessen, Ingmar Steinhart



Julia Grochtmann, M.Sc. Public Health, Ev. Klinikum Bethel, Universitätsklinikum OWL der Universität Bielefeld, Campus Bielefeld-Bethel



Prof. Dr. Günther Wienberg, Institut für Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern, An-Institut der Universitätsmedizin Greifswald



Prof. Dr., Martin Driessen, Chefarzt Klinik für Psychiatrie u. Psychotherapie, Universitätsklinikum OWL Bielefeld, Vorstand DGPPN.



Prof. Dr. Ingmar Steinhart, Vorstand v. Bodenschwingsche Stiftungen Bethel, Direktor Institut für Sozialpsychiatrie, Universitätsmedizin Greifswald.

Ziel des vorliegenden Artikels ist die Darstellung der Motive psychisch erkrankter Klientinnen und Klienten in Bezug auf die Nutzung intensiver Wohnunterstützungsformen. In einer qualitativen Studie wurde die subjektive Nutzendensicht erforscht. Die Ergebnisse verdeutlichen den Doppelcharakter intensiver Wohnunterstützung. Es besteht eine Dichotomie zwischen Sicherheit und Unsicherheit sowie Selbstständigkeit und Unselbstständigkeit, die die Nutzung der Wohnform und ihre gleichberechtigte Teilhabe beeinflusst. Ein wesentlicher Aspekt der Förderung individueller Teilhabe in der Lebenslage Wohnen stellen die Mitarbeitenden und ihre rehabilitative Förderung dar.

Einleitung

Wohnen ist grundlegend für die Realisierung der Teilhabechancen von Menschen mit psychischen Erkrankungen. In der Wohnung und im Quartier spielt sich das Alltagsleben ab und soziale Beziehungen können gepflegt werden. Durch Barrierefreiheit und Unterstützungsleistungen kann das Wohnumfeld zu einem selbstbestimmten Leben beitragen (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales/MAGS, NRW 2020). Die menschenrechtliche Dimension von Wohnen und Teilhabe wird in Artikel 19 der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) spezifiziert. Sie spricht allen Menschen das Recht zu, ihren Aufenthaltsort frei zu wählen und

zu entscheiden, wo und mit wem sie leben. Sie sind außerdem nicht verpflichtet, in besonderen Wohnformen zu leben. Die Prävalenz psychischer Erkrankungen haben sich in den vergangenen Jahren nicht verändert (Jacobi et al. 2014), gleichzeitig steigt jedoch die Zahl derjenigen, die im Rahmen der Eingliederungshilfe Wohnunterstützung in Anspruch nehmen (Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und Eingliederungshilfe/BAGüS, 2021). Dies gilt insbesondere für die Unterstützung in der eigenen Wohnung (UEW), aber auch für Wohnformen mit hoher Unterstützungsintensität wie die Unterstützung in besonderen Wohnformen (UBW) und die „Heimalternative“ Intensiv Unterstütztes

Wohnen (IUW; ausführlich: Steinhart 2014). Diese bilden den Fokus des vorliegenden Artikels. Aktuelle Forschungsbedarfe zu den Präferenzen der Nutzenden werden auch in den Teilhabeberichten erkannt (z. B. MAGS NRW, 2020). Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, welche Motive aufseiten der Nutzenden mit der Inanspruchnahme der Wohnformen mit hoher Unterstützungsintensität verbunden sind und welche subjektiven Ziele und Erwartungen die Nutzenden haben.

Methodisches Vorgehen

Um die vielfältigen subjektiven Perspektiven von psychisch erkrankten Klientinnen und Klienten der Wohnunterstützung mit hoher Unterstützungsintensität zusammenhängend analysieren zu können, wurde im Rahmen des Projekts „Wirksamkeit der Eingliederungshilfe Wohnen für Menschen mit seelischen Behinderungen in Nordrhein-Westfalen“ (WiEWohnen NRW, Wienberg & Steinhart 2021) eine qualitative Studie durchgeführt. Dabei wurden 13 leitfadengestützte teilnarrative Einzelinterviews mit Klientinnen und Klienten des UBW (n = 8) und des IUW (n = 6) in Westfalen durchgeführt. Die Interviews wurden inhaltsanalytisch nach der strukturierten Inhaltsanalyse von Mayring (2020; 2005) ausgewertet. Eine vorgeschaltete quantitative Befragung von 100 Befragten stellte die Basis für die Festlegung der Samplestruktur der qualitativen Interviews dar (Flick 2012). Bei der systematischen Fallauswahl wurden sukzessive möglichst kontrastierende Fälle hinsichtlich der Ausprägung der selbst beurteilten Teilhabechancen anhand des Oxford Capabilities Mental Health Questionnaire (OxCAP MH, Baumgardt 2017) und soziodemographischer Variablen ausgewählt. So wurde eine maximale Heterogenität der interviewten Stichprobe sichergestellt (Schreier 2019).

Ergebnisse und Diskussion

Unzureichende Informiertheit über das System Wohnunterstützung

Die Motive für die erstmalige Inanspruchnahme der Wohnunterstützung im Allgemeinen und die Zuordnung zu einem Wohnsetting im Speziellen können Klientinnen und Klienten retrospektiv oft nicht benennen. Vielmehr scheinen die Zuweisungen zufällig und nach freien Kapazitäten durch Professionelle außerhalb des Systems der Wohnunterstützung

zu erfolgen. Akteure sind hier z. B. Kliniken, Justizvollzugsanstalten, gesetzliche Betreuerinnen/Betreuer sowie das soziale Umfeld. (Potenzielle) Nutzende verlassen sich dann darauf, dass für sie die richtigen Entscheidungen getroffen werden. *„Sprich, wenn mir das [IBW] jetzt jemand [in der Psychiatrie] empfohlen hätte und da n Platz gewesen wär, hätt ich das klar gemacht. Das ist so [...] meine Herangehensweise daran. Wenn die Leute, die da, sich darin auskennen sagen, ja das macht Sinn, dann sag ich ok, dann wird das wohl stimmen.“ (Herr M, stat. Einzelwohnen)* Erschwerend kommen die begrenzten Möglichkeiten von Menschen mit psychischen Behinderungen auf dem Wohnungsmarkt hinzu. Nach Klinikaufenthalt oder Haft steht teilweise keine Wohnung zur Verfügung, sodass die EGH Wohnen auch aus dieser Perspektive eine Lösung darstellt. Unklar bleibt, ob (potenziell) Nutzende vor Inanspruchnahme der Wohnunterstützung unzureichend informiert werden, um den Prozess des Zugangs zu verstehen oder ihn nachträglich zu reflektieren.

Weshalb Klientinnen und Klienten das Wohnsetting wechseln, können sie hingegen benennen. In der Regel wechseln sie von einem Setting mit vergleichsweise mehr Unterstützung zu einem mit weniger Unterstützung, um mehr Freiheiten zu erreichen.

Unterschiedliche Zielsetzungen

Psychisch erkrankte Klientinnen und Klienten verfolgen mit der Wohnunterstützung verschiedene Ziele. Aus der Analyse der Ergebnisse ergaben sich drei Gruppen:

- **Langfristige Unterstützung:** Diese Gruppe wünscht sich Beständigkeit und eine langfristige Wohnunterstützung, wobei dabei Wechsel zu anderen Wohnsettings nicht ausgeschlossen sind. Die Aufrechterhaltung der Unterstützung ist zum langfristigen Ziel und Bedingung von Teilhabe geworden, selbstständiges Wohnen wird nicht oder nicht mehr in Erwägung gezogen. Befristete Wohnverträge und Unsicherheiten bezüglich der langfristigen Finanzierung durch den Leistungsträger stellen darum eine Bedrohung für diese Gruppe dar.

„Weil ich weiß, wenn ich jetzt nochmal auf der Straße lande, das schaffe ich nicht.“ (Herr B, IBW)

- **Vorübergehende Unterstützung:** Diese Gruppe erwartet von der Wohnun-

terstützung die Hinführung zu einem selbstständigen Leben. Die Wohnunterstützung soll Teilhabe zunächst ermöglichen und diese dann unterstützen, bevor sie beendet werden kann. Die unterschiedlichen Wohnsettings mit ihren jeweiligen Graden an Selbstständigkeit sind den Klientinnen und Klienten dieser Gruppe bekannt und werden den individuellen Bedürfnissen entsprechend in Anspruch genommen. Sie werden als temporär angesehen und es wird schrittweise in Settings mit einer geringeren Unterstützungsintensität gewechselt, sodass eine langsame Reduzierung von Unterstützung zugunsten von mehr Selbstständigkeit erfolgt. Nach erstmaliger Inanspruchnahme von Wohnunterstützung wird eine vorübergehende Stagnation im jeweiligen Wohnsetting als Teil des Rehabilitationsprozesses akzeptiert. *„In dem IBW zum Beispiel ist es gut, weil es einfach der nächste Schritt ist aus dem Wohnheim raus ins IBW. Und dann muss man den nächsten Schritt sich vornehmen, wieder ins normale, alltägliche Leben.“ (Herr K, IBW)*

- **Unpassende Unterstützung:** Diese Gruppe fühlt sich in der Wohnunterstützung (besondere Wohnform) falsch verortet und verfolgt das Ziel, diese zugunsten des eigenständigen Wohnens zu verlassen. Sie versteht das intensive unterstützte Wohnen nicht als Unterstützung, um individuelle Ziele zu erreichen, sondern als Belastung.

Sicherheit und Unsicherheit

Die eine zentrale Erwartung der befragten psychisch beeinträchtigten Klientinnen und Klienten an die Wohnunterstützung ist **Sicherheit**. Das deckt sich auch mit anderen qualitativen Studien (Grauenhorst et al. 2011; Steinert et al. 2020). Die Nutzenden erleben innerhalb der Wohnunterstützung Sicherheit in elementarer Form von sicherer Unterkunft, von sozialen Kontakten und Gemeinschaft sowie von Unterstützungssicherheit rund um die Uhr. Aber auch als Sicherheit im Umgang mit basalen Aktivitäten des Alltagslebens, z. B. beim Umgang mit Behörden, mit finanziellen Angelegenheiten, dem Gesundheitssystem sowie mit der eigenen Gesundheit bzw. Erkrankung. Die Nutzenden können Verantwortlichkeiten vorübergehend oder dauerhaft abgeben, wodurch Entlastung entsteht. Freiwerdende Ressourcen können dann für andere bedeutsame Aspekte des Lebens genutzt werden.



„[...] ich will von denen nichts. Ich will meine Sachen alleine machen, deswegen lassen die mich auch in Ruhe. Aber ich könnte jeder Zeit sagen: ‚Ey, meine Bude steht voll ab. Ich weiß nicht mehr weiter, wo ich anfangen soll, wo ich aufhören soll. Bitte hilf mir ne.‘ Dann machen die das auch.“ (Herr F, stat. Wohnen)

Mit der Wohnunterstützung können aber auch Unsicherheiten verbunden sein. Ein Faktor ist hier das Verhalten von Mitarbeitenden. Unsicherheit entsteht, wenn diese als nicht erreichbar wahrgenommen werden, Desinteresse vermitteln oder Distanz herstellen. Gründe dafür sind aus Sicht von Klientinnen und Klienten Überlastung und Spannungen im Team.

„Man dachte nur immer, die [Mitarbeitenden] warten auf den Gong, dass es Dienstende wird. Und das ist nicht so schön gewesen“ (Herr G, stat. Wohnen). Entspricht der Grad der Unterstützung nicht den individuellen Bedürfnissen bzw. Bedarfen kann auch das zu Unsicherheiten führen. Diese können durch einen Wechsel in ein anderes Wohnsetting aufgelöst werden. Dafür muss allerdings der Bedarf von Mitarbeitenden erkannt werden, falls Klientinnen und Klienten die verschiedenen Wohnoptionen nicht kennen (siehe oben). Unsicherheit kann außerdem durch einen bevorstehenden Wechsel oder bereits durch den Gedankengang an einen Wechsel bzw. die Beendigung der Wohnunterstützung entstehen (s. Gruppe *langfristige Unterstützung*). Mündliche Zusagen der Mitarbeitenden, dass die Unterstützung aufrecht erhalten bleibt, geben nicht die erforderliche Sicherheit. Insbesondere für diejenigen, die die Wohnunterstützung als langfristige Unterstützung betrachten, kann dieser Aspekt von Unsicherheit belastend sein. Die Gruppe derjenigen, die die Wohnunterstützung als *temporäre Unterstützung* wahrnimmt, muss das Risiko von Unsicherheit eingehen, um die Wohnunterstützung verlassen zu können.

Selbstständigkeit und Unselbstständigkeit

Neben Sicherheit ist die andere zentrale Erwartung an die Wohnunterstützung **Selbstständigkeit**. Der Wunsch danach besteht teilweise bereits bei Aufnahme der Wohnunterstützung, teilweise wird er aber auch zu einem späteren Zeitpunkt im Rehabilitationsprozess formuliert. Selbstständigkeit kann sich auf verschiedene Aspekte beziehen, wie beispielsweise Tagesstrukturierung, Umgang mit Behörden, Arbeit und Beschäftigung oder Gesundheits-

fragen. Voraussetzung für das Erreichen von mehr Selbstständigkeit und dafür, von der Wohnunterstützung profitieren zu können, sind aus Perspektive der befragten Klientinnen- und Klienten, die Bereitschaft und die Fähigkeit, Verantwortungen zu übernehmen.

„[...] das Rezept kriegst du vielleicht geboten, aber backen musst du alleine.“ (Herr J, stat. Wohnen)

Psychisch erkrankte Nutzende wollen also so weit wie möglich selbstständig und selbstbestimmt leben und zugleich beim Selbstständig(er)-Werden unterstützt werden. Die Herausforderung für die Mitarbeitenden besteht darin, Selbstständigkeit an der richtigen Stelle zu fördern, ohne dabei Über- oder Unterforderung zu erzeugen (siehe auch Steinert et al. 2020). Bei individuell angepasster Unterstützung kann die/der Einzelne schrittweise zu einer selbstständigen Lebensführung befähigt werden. Hilfen werden dann nur noch im Bedarfsfall in Anspruch genommen. Sofern dies in dem jeweiligen Wohnsetting nicht möglich ist, ist ein Wechsel in ein weniger unterstützendes Setting zielführend. Grundsätzlich bietet das IUW mehr Chancen zur Selbstständigkeit als die UBW (s. auch Grauenhorst et al. 2011), setzt natürlich aber auch mehr Selbstständigkeit voraus. Die Wohnunterstützung kann aus Sicht der Nutzenden die Selbstständigkeit aber auch einschränken. Folgende **Einschränkungen von Selbstständigkeit** konnten identifiziert werden:

- Kontrolle oder Vorgaben durch Mitarbeitende, die als entmündigend empfunden werden, z. B. Vorgaben zur Körperhygiene, Verpflichtung zur An- und Abmeldung.
- Nutzende unterdrücken ihre Meinung oder passen sich an Vorgaben aus Sorge vor negativen Konsequenzen an.
- Institutionell begründete Abläufe und Zeitpläne des Wohnsettings beeinflussen und bestimmen den eigenen Tagesablauf.
- Despektion der Selbstständigkeit durch Mitarbeitende, z. B. durch unerwünschtes Rauchen in den Räumlichkeiten der Klientinnen und Klienten oder indem sie deren Verhaltensweisen infrage stellen.
- Begrenzte finanzielle Mittel, die Beschränkung der Verfügbarkeit über eigenes Geld durch Mitarbeitende oder das Knüpfen der Verfügbarkeit an institutionell gesetzte Bedingungen.
- Vermeidung von Kontakten außerhalb des Wohnsettings aus Scham.

Die empfundene Sicherheit kann dazu führen, dass Verantwortungen langfristig abgegeben wird und auf Selbstständigkeit verzichtet wird. Dann birgt die Wohnunterstützung mit zunehmender Dauer das Risiko **erlernter Unselbstständigkeit**. In diesem Fall wird das Ziel des (Wieder-) Erlangens von Selbstständigkeit und der Förderung von Teilhabe gefährdet.

Fazit

In den dargestellten Ergebnissen spiegelt sich der Doppelcharakter der intensiven Wohnunterstützung wider. Sie schließt Sicherheit vermittelnde wie verunsichernde Anteile ebenso ein wie Selbstständigkeit fördernde und unselbstständig machende. Darüber hinaus stehen das Bedürfnis nach Sicherheit und das Streben nach Selbstständigkeit in einem Spannungsverhältnis und können miteinander in Konflikt geraten. Ein im höchsten Maße Sicherheit vermittelndes Umfeld führt nicht unmittelbar zu mehr Selbstständigkeit. Auf der anderen Seite bedeutet ein unsicheres Wohnumfeld aber auch nicht, dass eine Person dadurch automatisch selbstständiger wird. Nutzende müssen also subjektiv abwägen zwischen den Potenzialen, die intensive Wohnunterstützung für die Realisierung eines selbstbestimmten Lebens bietet, und Einschränkungen der Selbstständigkeit, die damit verbunden sind. Ein hoher Grad an differenzierter Informiertheit der Nutzenden über die Angebote der Wohnunterstützung sowie deren Chancen und Risiken ist dafür eine wichtige Voraussetzung. Für Mitarbeitende bedeuten diese Spannungsverhältnisse eine Herausforderung. Denn es gilt in jedem Einzelfall, in der Zusammenarbeit mit der Klientin/dem Klienten einerseits die Bedürfnisse nach Sicherheit und Selbstständigkeit wahrzunehmen und auszubalancieren und andererseits, verunsichernde und Unselbstständigkeit fördernde Anteile bewusst zu machen und zu bearbeiten. Dies setzt nicht nur eine entsprechende Gestaltung der Interaktion voraus, sondern auch eine stete Reflexion des eigenen Verhaltens und der eigenen Haltung zu Sicherheit/ Unsicherheit und Selbstständigkeit/ Unselbstständigkeit. Qualifizierungsstrategien und Supervisionsangebote sollten entsprechende Inhalte und Methoden auf ihrer Agenda haben. ●

Literatur

Ausführliche Literaturangaben zu diesem Beitrag unter www.kerbe.info.

„Schon allein zu wissen, ich habe einen Zufluchtsort, hilft“

Ambulant betreutes Wohnen als Balanceakt zwischen Beziehungsangebot und professioneller Distanz

Von Isabelle Riedlinger

In diesem Artikel werden ausgewählte Ergebnisse einer Fragebogenerhebung und zwei Fallportraits mit dem Fokus auf Einschätzung der Unterstützungs- und Wohnsituation, dargestellt. Die im Rahmen einer Untersuchung im Sozialpsychiatrischen Wohnverbund des Caritasverbandes für Stuttgart e.V. erhobenen Daten zeigen, dass die Mehrheit überwiegend zufrieden ist, die Einordnung jedoch stark mit der Wahrnehmung und Ausgestaltung von Beziehungen und den eigenen Handlungsspielräumen zusammen hängt.



Isabelle Riedlinger
Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Hochschule Esslingen, Fakultät Soziale Arbeit, Bildung u. Pflege u. Mitarbeiterin im Bereich Sucht- und Sozialpsychiatrische Hilfen, Caritasverband Stuttgart.

Einleitung

Im Rahmen einer Fragebogenerhebung wurden 2016 in den Einzugsgebieten des Caritasverbandes Stuttgart (Süd, Mitte, Nord und Cannstatt) alle zu diesem Zeitpunkt ambulant betreuten Personen des sozialpsychiatrischen Wohnverbundes (ca. 130 Personen) zu ihrer Perspektive auf die Betreuung und im Hinblick auf Zufriedenheit in unterschiedlichen Lebensbereichen (Gesundheit, Wohnen, Freundschaften, etc.) befragt. Zur Vertiefung der Fragestellungen wurden leitfadengestützte Interviews (vgl. Flick 2007; Helfferich 2011) mit einzelnen Klientinnen und Klienten des sozialpsychiatrischen Wohnverbundes durchgeführt. In diesem Beitrag werden ausgewählte Ergebnisse zum Thema Wohnen mit dem Fokus auf individuelles Wohlbefinden präsentiert sowie zwei Fallportraits kontrastierend dargestellt, um unterschiedliche subjektive Deutungen der Hilfeleistung „Ambulant Betreutes Wohnen“ zu veranschaulichen.

Ergebnisse

Von den 88 Personen, die sich an der Fragebogenerhebung beteiligt haben, gaben 60% an mit ihrem Leben zwischen sehr und eher zufrieden zu sein. Mit der eigenen Wohnsituation zeigt sich ebenfalls die Mehrheit der Befragten sehr bis eher zufrieden. Etwas geringer ist mit 58% die Zufriedenheit in Be-

zug auf Freundschaften ausgeprägt, was bedeutet, dass ein nicht geringer Anteil wenig bis gar nicht zufrieden mit den eigenen freundschaftlichen Beziehungen ist. 93% geben die Zufriedenheit mit der Betreuung des Ambulant Betreuten Wohnens im positiven Bereich an. Bei den offenen Fragen wurde genauer u.a. nach hilfreichen Aspekten der Betreuung gefragt. Die häufigsten Antworten beziehen sich dabei auf den Bereich der zwischenmenschlichen Kommunikation. Von Bedeutung scheint zu sein, eine wertschätzende Unterhaltung mit einem empathischen Gegenüber zu führen. Dabei spielt zum einen das Zuhören eine wichtige Rolle, dass „*man mit seinen Problemen Gehör findet*“, zum anderen aber auch auf „*Verständnis*“ für die eigene Situation trifft und sich dadurch „*emotional gut begleitet und verstanden*“ fühlt. Überdies benennen einige der Aussagen die Tatsache, dass durch die regelmäßigen Kontakte mit dem jeweiligen Betreuungspersonal einer drohenden Isolation entgegengewirkt wird: „*Man fühlt sich nicht allein gelassen*“, oder man hat das „*Gefühl mir steht jemand zur Seite*“.

Um den Stellenwert des ambulant betreuten Wohnens im biografischen Zusammenhang zu verstehen, wurden Interviews mit Klientinnen und Klienten geführt, die sich nach Alter, Geschlecht, Betreuungsdauer und Zugangsweg unterscheiden. Nachfolgend werden zwei sehr ungleiche Einordnungen des

Unterstützungsangebots im Hinblick auf Lebenszufriedenheit und Alltagsbewältigung dargestellt.

Fallporträts Frau P. und Herr W.

Frau P. ist 61 Jahre alt und befindet sich seit 2013 in ambulanter Betreuung. Bevor die Betreuung durch den sozialpsychiatrischen Wohnverbund übernommen wurde, nahm sie das Beratungsangebot des Sozialpsychiatrischen Dienstes (SpDi) in Anspruch. In Abstimmung mit Frau P. wurde ein höherer Unterstützungsbedarf festgestellt, als im Rahmen einer SpDi-Betreuung möglich ist. Daraufhin wurde Ambulant Betreutes Wohnen in der Mietwohnung, die sie alleine bewohnt, beantragt. Die offen gestellte Eingangsfrage nach einer Kontrastierung zwischen ihrem Leben vor der Betreuung durch den Sozialpsychiatrischen Wohnverbund und seither ergibt, dass sich ihrer Meinung nach „*keine Veränderung im Privatleben*“ nachweisen lässt. Diesen Mangel an Umgestaltung lasse sich insbesondere daran erkennen, dass Frau P. problematische Situationen nach wie vor „*alleine durchstehen*“ müsse. Die als kritisch empfundenen Lebenslagen spezifiziert sie beispielsweise als Depressionen, familiäre Schwierigkeiten oder Belastungen durch die angrenzenden Nachbarn. In solchen Fällen könne sie nur zu begrenzten Zeiten, die sich nach den Geschäftszeiten des ambulanten Angebotes richten, auf ein ebenfalls begrenztes Angebot, welches sich nach einer professi-

onellen Logik der Sozialen Arbeit richtet, zurückgreifen. Das vorgehaltene Angebotsspektrum, bei Bedarf oder auch nach Vereinbarung ein entlastendes Gespräch in Anspruch zu nehmen oder Unterstützung bei der Bearbeitung ihrer Anliegen zu erhalten, deckt nicht ihren Bedarf. Vom betreuten Wohnen hatte sie sich „mehr Entlastung“ erhofft und das „Gefühl, eine weitere Person an der Seite zu haben, ständig“. Im Interview mit Frau P. wird deutlich, wie sehr sie in diversen Ambivalenzen verhaftet ist. Diese ergeben sich aus den wahrgenommenen Wünschen und Bedürfnissen einerseits, und dem rationalen Verständnis für die Begrenzungen oder Rahmenbedingungen des professionellen Angebots andererseits. Frau P. beschreibt ihr subjektives Erleben als Zwiespältigkeit zwischen Autonomiebestreben und dem Wunsch nach Übergabe von Verantwortung. Zudem entsteht für sie ein Spannungsfeld durch die Arbeitsbeziehung mit dem sozialpädagogischen Betreuer durch seine zwar empathische Zugewandtheit, die aber durch professionelle Distanz geprägt ist und ihrem Wunsch nach familiären innigen Beziehungen. Resümierend beschreibt sie das Angebot dennoch als hilfreich: „Schon allein zu wissen ich habe einen Zufluchtsort, hilft“. Anders als Frau P. erlebt Herr W. den durch das ambulant betreute Wohnen vorgegebenen Unterstützungsrahmen: Herr W. befindet sich mit seinen 41 Lebensjahren seit ca. 14 Jahren im ambulanten Betreuungssetting. Zuvor hat er in einem Übergangswohnheim gelebt. Auf die Nachfrage zur Gegenüberstellung zwischen seinem jetzigen Alltagserleben mit der Unterstützung durch den Sozialpsychiatrischen Wohnverbund und der Zeit davor beschreibt er zunächst die Rahmenbedingungen des Übergangswohnheims. Eine Alltagsstruktur ohne unterstützende Institutionen findet in seiner Erzählung keinerlei Erwähnung. Im direkten Vergleich zur vorherigen Heimstruktur hebt Herr W. hervor, dass er aufgrund seiner Erkrankung große Schwierigkeiten mit der Nähe-Distanz-Regulierung habe und ihm demnach aufgrund der räumlichen Nähe zu anderen Bewohnerinnen und Bewohnern besonders die Abgrenzung zu diesen vor große Schwierigkeiten gestellt habe. Das Zusammenleben mit den anderen Heimbewohnerinnen und -bewohnern stellte für ihn eine Belastung dar. Auch die strikten Vorgaben in Bezug auf den Tagesablauf und die folglich stark eingeschränkten Möglichkeiten

einer alternativen Ausgestaltung, zählt er zu den Negativaspekten. Er erlebt sich als passiv mit wenig Eigeninitiative: „Ich habe immer nur darauf geantwortet was andere gefragt haben, gar nicht so viel selber gefragt“. Herr W. beschreibt in diesem Zitat einen permanenten Reaktions- statt Aktionsmodus.

Im Gegensatz zum Heimaufenthalt betont Herr W. den Zuwachs an Möglichkeiten der selbstbestimmten Gestaltung eines individuellen Lebensentwurfs. Er fühle sich weniger fremdbestimmt aufgrund weniger „Einmischung“. Durch den Umzug in eine Zweier-WG des Trägers habe er seit dem „mehr Platz, [...] mehr Ruhe, [...] und mehr Geld“, welches auf das eigene Konto überwiesen, anstatt als Taschengeld von den Heimmitarbeiterinnen und -mitarbeitern verwaltet und ausgezahlt werde. Zusammenfassend beschreibt Herr W. einen deutlichen Zugewinn an Autonomie, betont aber auch, dass die WG- und Betreuungs-konstellation einer möglichen Isolation vorbeugt. Als Wunsch für die Zukunft gestaltet Herr W. ein Bild, welches sich partiell am gesellschaftlichen Ideal des sogenannten Normallebenslaufs orientiert, demnach ist es sein Wunsch irgendwann mit einer Partnerin unabhängig von einer Betreuungsinstitution zu leben. Als ‚Backup‘ hätte er aber dennoch gerne eine Stelle im Hintergrund gewusst, an die er sich bei Bedarf in Krisensituationen Beratung einholen kann. Auf die Frage was sich durch den Wegfall des betreuten Wohnens ändern würde, beschreibt Herr W., wie auch im vorherigen Fallbeispiel Frau P., den Verlust eines stabilisierenden Faktors, da er sich „ein bisschen verlassen fühlen“ würde.

Diskussion

Aus der Darstellung der Fallportraits werden die Dimensionen, teilweise auch die Herausforderungen deutlich, innerhalb welchen sich die Soziale Arbeit in einer Art permanentem Balanceakt bewegt. Einerseits ist eine gute Beziehung Voraussetzung für eine von beiden Seiten als gelingend eingeschätzte Betreuung. Andererseits folgt diese Art der Beziehung der Institutionslogik und kann ein Bedürfnis nach privaten Beziehungen nur eingeschränkt bedienen. Psychische Erkrankungen gehen nicht selten mit erheblichen Schwierigkeiten einher, befriedigende ausgeglichene Beziehungen zu gestalten und aufrecht zu halten. Konflikte und Beziehungsabbrüche sind häufig ein roter Faden in den Biografien

von Klientinnen und Klienten. Eine Betreuungsbeziehung kann daher einer drohenden Isolation vorbeugen. Aber auch in der professionellen Beziehungsgestaltung treten oftmals Konflikte aufgrund von subjektiv empfundenem zu viel oder zu wenig an Kontakt oder aber zu viel oder zu wenig an Unterstützung auf.

Den großen Stellenwert, den die zwischenmenschliche Kommunikation, wie auch die Beziehungsgestaltung im Rahmen der Untersuchung eingenommen haben, legt nahe, dass sich Sozialpsychiatrische Arbeit im Rahmen ihres Auftrages neben den Möglichkeiten der Alltagsbewältigung auch solche der Beziehungsgestaltung in den Blick nimmt. Einerseits geht es darum, existierende Spannungsfelder oder auch Widersprüche im Rahmen der Betreuung zu thematisieren und damit reflexiv einzuholen, was ein Lernen an und in Beziehung ermöglichen soll. Andererseits sollte es Aufgabe Sozialer Arbeit sein, Brücken zu schlagen und gemeinsam soziale Anknüpfungspunkte außerhalb des Hilfesystems zu finden.

Wie eine gute Betreuung im sozialpsychiatrischen ambulanten Setting aus Perspektive der Befragten aussehen sollte, kann daher mit den Stichworten sozialraumorientiert (Hinte 2009), personenzentriert ganzheitlich, unter Wahrung, bzw. Stärkung von Autonomie subsumiert werden und meint ein partizipativ nach dem Willen und den Bedürfnissen der Nutzerinnen und Nutzern ausgerichtetes Arbeitsbündnis auf Augenhöhe. Gleichzeitig gilt es aber auch in Fällen akuter Selbst- und oder Fremdgefährdung die Kontrollfunktion einzunehmen und möglicherweise auch gegen den Willen der Klientinnen und Klienten Autonomie einzuschränkende Maßnahmen zu ergreifen. Besonderes Gewicht erhält innerhalb dieser Ambivalenz aus der Perspektive der Betreuten eine flexible und spontane, durch Verbindlichkeit gekennzeichnete Ausgestaltung von Arbeitszeit, die sowohl emphatischen Kontakt als auch Rückzugsmöglichkeiten einräumt. ●

Literatur

Flick, U. (2007): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Hamburg.

Hinte, W. (2009): Eigensinn und Lebensraum – zum Stand der Diskussion um das Fachkonzept „Sozialraumorientierung“. In: Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete (VHN), 1/2009, 78. Jg. München.

Helferich, C. (2011): Die Qualität qualitativer Daten – Manual zur Durchführung qualitativer Interviews. Wiesbaden.

Bei Interesse kann der vollständige Bericht bei der Autorin angefordert werden. E-Mail: i.riedlinger@caritas-stuttgart.de

„Aus der Anstalt ins Quartier“

Wie der psychosoziale ambulante Träger Daheim e.V. eine quartiersnahe Versorgung im Kreis Gütersloh ermöglicht

Von Bernd Meißnest

In den letzten 100 Jahren hat sich die Behandlung und Versorgung von psychisch kranken Menschen in Deutschland grundlegend verändert. Wurden seit dem 18. Jahrhundert in den entstanden Heil- und Pflegeanstalten die "Unvernünftigen" untergebracht und verwahrt, so befassten sich Ende des 19. Jahrhunderts Fachleute mit möglichen Alternativen für diese "Irren-Kolonien". Erste Gemeinden begannen psychisch Kranke wieder in ihre Dörfer, in ihre Strukturen zu integrieren. Mit der bekanntesten Kritiker dieser Verwahranstalten war der Psychiater Wilhelm Griesinger, der als Alternative gemeindenaher Versorgungsstrukturen vorschlug.

Durch die beiden Weltkriege wurden alle entstandenen Entwicklungen einer "offenen Irrenfürsorge" und das System der Außenfürsorge für die Nachbetreuung der psychisch Kranken zu Nichte gemacht und die psychiatrischen Großanstalten füllten sich. In dieser kustodialen Psychiatrie wurde der psychisch kranke Mensch zum Objekt des Ordnungstrebens. Nach und nach wurden die desolaten humanitären Bedingungen in den Großanstalten weltweit öffentlich. U. a. beschrieb Goffman in seinem Buch *Asyle* (Goffman 1973) die Situation von psychisch Kranken in den Anstalten. Erste politische Forderungen nach Veränderung, nach Auflösung von Großkrankenhäusern und Schaffung einer gemeindenahen Versorgung wurden in Europa laut.

In Deutschland forderte der Bundestag einen Bericht zur Lage der Psychiatrie, setzte eine Enquete-Kommission ein, die ihren Abschlussbericht 1975 vorlegte (Deutscher Bundestag 1975). Ziel war es die Gesamtversorgung psychisch Kranker zu verbessern, eine drastische Verkleinerung der bestehenden Anstalten, eine Dezentralisierung von Behandlungsangeboten in die Versorgungsregionen und Schaffung unterschiedlicher gemeindenaher ambulanter sowie teilstationärer Dienste.

In der Praxis kam es zu völlig unterschiedlichsten Umsetzungsmodellen. So kam es zur Auflösung von ganzen Großkrankenhäusern (u. a. Anstalt Bremen

Blankenburg), zu Umverteilungen von psychisch Kranken aus der Anstalt in Heime oder es blieb bei der bisherigen Struktur mit nur zaghafter Schaffung ambulanter gemeindenaher Angebote.

In der Provinzialheilanstalt Gütersloh begann bereits in den 70er Jahren die Entlassung von Langzeitpatienten. Sträflicherweise erfolgten dies überwiegend in Großheime ins Sauerland, so dass sich für die Betroffenen faktisch an der Institutionalisierung wenig änderte.

Der große Reformprozess startete in Gütersloh mit dem Beginn der Tätigkeit von Klaus Dörner als ärztlicher Direktor 1980. Mit seiner Person verbunden ist nicht nur die konsequente Entlassung der zu diesem Zeitpunkt noch über 435 Langzeitpatienten der Anstalt, sondern vor allem der Aufbau eines sehr dichten ambulanten Netzes an Hilfe- und Unterstützungsleistungen (Dörner 1998). Unterschiedliche, in den 90er Jahren gegründete Vereine der Freien Wohlfahrt übernahmen die Versorgung einzelner Personengruppen, u. a. Suchtkranke, jüngere psychisch Kranke und entwickelten Wohn-, Beschäftigungs- und Betreuungsangebote. Pflicht war die Langzeitpatienten dorthin zu entlassen, wo sie herkamen, in die Gemeinde. Gegen Ende des Deinstitutionalisierungsprozesses verblieben vor allem die Älteren unter den Langzeitpatienten noch weiter in der Klinik. Gerade für gerontopsychiatrische Patienten gab es im Kreis Gütersloh keine Beschäftigung und keine Betreuungsangebote. So erfuhren die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter immer wieder von Angehörigen der Betroffenen, dass sich zwar durch die Krankenhausbehandlung die Symptome verbessert haben, allerdings die Entlassung entweder nur nach Hause oder in eine stationäre Pflege möglich war. Es gab keinerlei Angebote für den Verbleib der Betroffenen in einer tagesstrukturierenden Maßnahme.

So entschieden 1989 sieben Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflege der gerontopsychiatrischen Klinik einen Verein zu gründen, der sich dem Thema Versorgung älterer psychisch Kranker annehmen sollte. Im November 1989 wurde der Daheim e.V.



Bernd Meißnest

Chefarzt Klinik für Gerontopsychiatrie und Psychotherapie, Leiter Zentrum für Altersmedizin, stellv. ärztlicher Direktor LWL-Klinikum Gütersloh, Neurologie – Innere Medizin.

gegründet. In einem ehemaligen Edeka Laden entstand nach kurzem Umbau 1991 die erste Tagespflege für ältere Menschen im Kreis Gütersloh. Da zunächst kein Geld für die Anstellung von Mitarbeitern vorhanden war, entschieden die sieben Gründungsmitglieder in Wechselschicht tagesstrukturierende Angebote für ältere Menschen selbst anzubieten. Nach mehreren Monaten bewilligte der Kreis Gütersloh den offiziellen Betrieb und so konnten die ersten Mitarbeiter angestellt werden. Dies war der Beginn der nun über 30 Jahre währenden Entwicklung des Daheim e.V. Bis heute wird der Verein durch einen ehrenamtlichen Vorstand geführt. Der Leitgedanke war und ist, dass „Jeder Mensch seine Bedeutung hat und notwendig sein will. Es gilt sich dort zu engagieren, wo es sich scheinbar am wenigsten lohnt - bei den Schwächsten.“ Zu den wichtigsten Grundsätzen gehört es bis heute, Angebote zu entwickeln, die nach dem Prinzip „ambulant vor stationär“ funktionieren. Sie erreichen die Menschen dort, wo sie leben, wo sie ihre Heimat haben und wo sie ihr soziales Netzwerk über Jahrzehnte hinweg aufgebaut haben.

Mit diesen Leitgedanken und Zielen haben sich in den letzten 30 Jahren unter der Trägerschaft des Daheim e.V. unterschiedlichste, hochdifferenzierte, wegweisende Angebote für die Versorgung und Begleitung älterer psychisch kranker Menschen realisieren lassen. Nach der ersten Tagespflege kam 1992 die ambulante Wohnbetreuung und 1995 der ambulante Pflegedienst hinzu. Vor allem durch die ambulante Wohnbetreuung und die unterschiedlichen ambulanten Leistungen konnten viele der ehemaligen Langzeitpa-

tienten in Wohngruppen oder im betreuten Einzelwohnen weiter begleitet werden. Sie fanden in der Tagespflege eine Tagesstruktur und wurden so wieder in die Gemeinde und somit in die Gesellschaft integriert. In den Folgejahren folgten weitere Tagespflegen in Trägerschaft des Daheim e.V.. Heute hat der Kreis Gütersloh mit das dichteste Angebot an Tagespflegen und ambulanten Leistungen bundesweit. Von den über 40 Tagespflegen sind 10 in der Trägerschaft des Daheim e.V..

Über die Jahre haben sich die ambulanten Dienste und die ambulanten Angebote der Wohnbetreuung des Daheim e.V. ausgeweitet. Das erklärte Ziel des Vereins war es, jedem zu ermöglichen, in seiner eigenen Wohnung zu bleiben und dort versorgt zu werden. Die Gesellschaft und sein Umfeld sollte dies mittragen. Allerdings machten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zunehmend die Erfahrung, dass nicht jeder, der alleine in seiner Wohnung lebt, auch glücklich ist. Viele litten unter der Vereinsamung und wünschten sich, mit anderen Menschen zusammenzuleben. Hinzu kam, dass durch somatische Erkrankungen eine erhöhte Gebrechlichkeit bei den zu betreuenden Personen erkennbar war. Der Pflegebedarf intensiverte sich, das Nadelöhr wurde v.a. die Nachtbetreuung. Diese konnte der Daheim e.V. nicht mehr anbieten, und die Klienten mussten ihre bisherige Wohnung verlassen und in ein „klassisches“ Alten- und Pflegeheim ziehen. Dort waren sie aufgrund ihrer psychischen Erkrankung schnell nicht mehr erwünscht.

Auf jährlichen Fortbildungsreisen in das europäische Ausland lernten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Daheim e.V. unterschiedliche innovative Versorgungsmodelle für ältere Menschen kennen. So auch Wohnformen in Skandinavien und England, die es ermöglichen, in kleinen Einheiten eine rund um die Uhr Begleitung anzubieten.

Mit dieser Idee entwickelte der Daheim e.V. 1999 das erste Konzept einer ambulanten Hausgemeinschaft. Auf einem Bauernhof in Gütersloh wurden 10 kleine Wohneinheiten geschaffen für Menschen mit einem erhöhten Pflege- und Betreuungsbedarf. Jeder hatte sein eigenes Zimmer und teilte sich mit allen anderen Gemeinschaftsflächen, Wohn- und Küchenbereich, sowie einen schönen Garten. Begleitet wurden sie von Fachkräften der Pflege, der Sozialarbeit, Alltagsbegleitern und Hauswirtschaftskräften. Mit dieser ersten Hausgemeinschaft im Kreis Gütersloh begann eine bundesweit einmalige Entwicklung einer in

die Gemeinde integrierten ambulanten Wohn- und Betreuungsstruktur für ältere Menschen.

Der Kreis Gütersloh als örtlicher Sozialhilfeträger schloss mit dem Daheim e.V. einen Rahmenvertrag, der wegweisend für alle weiteren Hausgemeinschaften ist. Dieser Vertrag schreibt u. a. vor, dass zunächst alle anderen ambulanten Hilfsangebote ausgeschöpft sein müssen bevor ein Einzug in diese Wohnform stattfinden kann. Zudem legt er eine Maximalgröße der Hausgemeinschaft und die personelle Ausstattung fest. Kriterien für den Einzug sind keine spezifischen Diagnosen, sondern immer „nur“ der erhöhte Pflege- und Betreuungsbedarf. Ausschlusskriterien z.B. bestimmte Krankheitszustände, Diagnosen (Demenz, apallisches Syndrom, Beatmungspflicht oder ähnlichen Einschränkungen) bestehen nicht. Auch Menschen mit schwersten körperlichen oder psychischen Einschränkungen sind Willkommen. Die Mieterinnen und Mieter können bis zum Lebensende dort verbleiben und können palliativ versorgt werden. Der Daheim e.V. hat mit dieser Wohn- und Betreuungsform einen Weg begonnen, dem sich im Laufe der Jahre viele weitere Träger angeschlossen haben. Aktiv unterstützt wird er vom Kreis Gütersloh und allen Kommunen. Heute betreibt der Daheim e.V. insgesamt 16 der mittlerweile über 70 Hausgemeinschaften mit über 1000 Plätzen. Sie sind zu einer wirklichen Alternative zu der klassischen Alten- und Pflegeheimstruktur geworden und ermöglichen den Bürgerinnen und Bürger in ihrem Viertel / Quartier alt zu werden. Die Hausgemeinschaften stellen eine Wohn- und Betreuungsform dar, die den Bedürfnissen der älteren Menschen sehr nahekommt. Die Grundbedürfnisse nach Sicherheit, Geborgenheit, Zugehörigkeit zu einer Gruppe und das Wohnen im eigenen Zuhause, im Stadtviertel oder Quartier stehen ganz oben. Durch die Auflösung der Großfamilie haben sich in den letzten Jahrzehnten die Strukturen verändert und die Aufgaben in die Gesellschaft, in das Quartier verteilt. Bei diesem Entwicklungsprozess waren auch einzelne Kommunen aktiv beteiligt, sich für ihre Älteren zu pflegenden Bürgerinnen und Bürgern einzusetzen, zu engagieren. Viele Hausgemeinschaften wurden durch bürgerliches Engagement initiiert und vielfach funktionsfähigen gemeinnützigen Genossenschaften als Träger dieser Versorgungsstruktur.

Der Hauptradius eines 75-jährigen liegt bei 3 Kilometer. In ihm liegt das Zuhause, indem er Altwerden möchte und seine Kontakte pflegt.

Das Quartier ist Sozialraum. Der Soziologe Ray Oldenburg schuf den Begriff des „Dritten Ortes“ (Oldenburg 1989). Wenn der Erste Ort das Zuhause und der Zweite Ort die Arbeit ist, dann stellt der Dritte Ort den Raum für Begegnung und für Auszeit dar. Hier sollte ein Wohlgefühl entstehen, Vertrauen und Sicherheit herrschen. Das Quartier wird zum Unterstützungs- und Hilfesystem. Klaus Dörner bezeichnet dies als den „Dritten Sozialraum“ (Dörner 2007). In ihm trifft der Hilfesuchende auf den Hilfebedürftigen (Nachbar). Der Bürger ist in der Rolle des Helfers, benötigt den anderen um ihm Gutes zu tun.

Durch dieses Tun, hilft er auch sich selbst, erhält Dank, Anerkennung, wird wertvoll für den Anderen. Der Philosoph Emanuel Levinas formulierte dies so: Die eigene Würde erlangt das menschliche Ich erst dann, wenn es Verantwortung

für den anderen Menschen übernimmt. Die Subjektivität ist nicht ein für – sich; sie ist... ursprünglich ein für – einen – anderen (Levinas, 1998). Selbst wenn ich im Alter Einschränkungen erfahre, so besteht weiterhin die Verantwortung für den anderen. Sozialraumentwicklung für ältere Menschen bedeutet eine kleinteilige und kleinräumige Perspektive wahrzunehmen. Der Hauptradius eines 75-jährigen liegt bei 3 Kilometer. In ihm liegt das Zuhause, indem er Altwerden möchte und seine Kontakte pflegt. In ihm wird ein bedürfnis- und bedarfsgerechtes Hilfesystem mit Bürgerbeteiligung angeboten. Die Organisation und Steuerung übernimmt die Kommune und nicht der „freie“ Markt. Im Kreis Gütersloh ist in vielen Kommunen über die letzten Jahre eine Quartiersentwicklung mit Bürgerbeteiligung gelungen. So wurden bewusst in Neubauvierteln auch die Integration von Hausgemeinschaften geplant und realisiert. Sie steht symbolhaft in der Mitte des Quartiers und strahlt in das Quartier hinein. Von ihr gehen Aktivitäten in die Nachbarschaft hinaus, u. a. ambulante Hilfeleistungen. Nachbarschaft wirkt im Gegenzug in die Hausgemeinschaft hinein, beteiligt sich an Aktivitäten, hat die Möglichkeit dort zu essen, den Tag in der integrierten Tagespflege zu verbringen, sich beraten zu lassen oder „nur“ Kontakte aufzubauen. Hierdurch erhält die Hausgemeinschaft auch präventive Aufgaben v.a. gegen drohende Vereinsamung. Quartiersentwicklung bedarf einer politischen, kommunalen Unterstützung. Fürsprecher und engagierte Bürgerinnen und Bürger vor Ort sind notwendig um dies zu entwickeln. In der Kommune Mastholte, im Süden des Kreises, ist eine Hausgemeinschaft mit einer Tagespflege sowie einem kleinen Begegnungs-

rum entstanden, in der sich die örtlichen Vereine (Schützenverein, Landfrauen, Sportvereine,...) aktiv beteiligen, indem sie Angebote für die dort lebenden Bewohnerinnen und Bewohner vorhalten. Der Pfarrer isst regelmäßig zu Mittag, die daneben liegende Kita teilt sich den Garten (incl. Hühner, Vogelvoliere) gemeinsam mit der Hausgemeinschaft. Die Hausgemeinschaft ist Teil der Gemeinde geworden und entstanden aus einem bürgerschaftlichen Engagement heraus.

Versorgung älterer Menschen in der Kommune ist ein komplexes und auch politisches Thema. Der Kreis Gütersloh unterstützt diesen quartiersbezogenen Entwicklungsprozess. Lokale Arbeitskreise beschäftigen sich mit dem Thema „Wohnen und Leben im Alter“ und gestalten aktiv mit. Die Hürden und Gefahren dieser Entwicklung sind immer wieder die große Sehnsucht nach Effizienz und Synergien. Es ist ein ständiges Bemühen, die Individualität einer jeden Hausgemeinschaft, eines jeden Quartiers beizubehalten und nicht z. B. den Einkauf von Waren gleichzuschalten, Essen anliefern zu lassen oder überall das gleiche Inventar vorzuhalten. Auch gibt es keine Spezialisierung und Schwerpunktsetzung bei der Auswahl der Mieterinnen und Mieter. Die Entwicklung der Quartiersversorgung im Kreis Gütersloh ist in mehrfacher Hinsicht ein Erfolgsmodell. Diese Struktur ist bei den Bürgerinnen und Bürgern sehr gefragt. Sollte man irgendwann widererwartend nicht mehr zuhause leben können, dann wenigstens in dem vertrauten Quartier statt fernab in einem Heim. Letztlich müssen wir uns alle „nur“ fragen, wie wollen wir es den später für uns selbst haben. Die Antwort sollte uns motivieren jetzt mit der Veränderung zu beginnen, damit wir es im Alter dann vorfinden werden. Dieser Rückschluss ist für den Daheim e.V. immer wieder der Antrieber gewesen, neue und unkonventionelle Schritte zu wagen. Heute betreibt der Daheim e.V. mit seinen über 700 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern eine Vielzahl unterschiedlicher quartiersbezogener Angebote im Kreis Gütersloh. ●

Literatur

Deutscher Bundestag: Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland (= Drucksache. Nr. 7/4200). Bonn 1975.

Dörner, K. (1998): Ende der Veranstaltung, Jakob van Hoddis Verlag. Gütersloh 1998.

Dörner, K. (2007): Leben und sterben, wo ich hingehöre. ParanusVerlag. Neumünster 2007.

Goffmann, E. (1973): Asyle., Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten u. and. Insassen. Edit. Suhrkamp.

Levinas, E. (1998): Jenseits des Seins oder anders als Sein geschieht, aus dem Französischen übersetzt von Wiener Thomas. Freiburg/München 1998.

Oldenburg, Ray (1989): The Great Good Place. New York: Paragon House.

Zur Rolle des Betreuten Wohnens in Familien

Von Reinhold Eisenhut

Das Betreute Wohnen in Familien (BWF) bietet Menschen mit Beeinträchtigungen die Chance mitten im Gemeinwesen im familiären Umfeld zu leben. Des BWF ist eine hervorragende Möglichkeit Inklusion zu (er)leben. In diesem Artikel wird nicht nur kurz das BWF vorgestellt sondern auch angerissen, welche Auswirkungen es auf die unmittelbare Wohnumgebung und die Gastfamilien haben kann.

Wie alles begann

Beim Betreuten Wohnen in Familien (BWF), früher psychiatrische Familienpflege genannt, handelt es sich um die älteste bekannte Lebens- und Betreuungsform für Menschen mit einem Assistenzbedarf im Alltag. Bereits vor über 600 Jahren fanden in Geel in Belgien Menschen mit psychischer Erkrankung in Gastfamilien eine Aufnahme. Auch Hölderlin lebte in Tübingen jahrzehntlang bei der Familie Zimmer in Familienpflege. Zu einer Blütezeit kam es Ende des 18. und Beginn des 19. Jahrhunderts in Deutschland, wo bis zu 5.000 Menschen in Gastfamilien, in der Regel in unmittelbarer Nähe von psychiatrischen Anstalten, lebten. Erst Mitte der 1980er Jahre etablierte sich in Württemberg und im Rheinland diese Lebensform wieder neu.

Was charakterisiert die Arbeit?

Das Betreute Wohnen in Familien kennzeichnet, dass Menschen mit psychischen, aber auch mit geistigen Behinderungen in einer fremden Familie leben. Dabei ist der Begriff Familie weit zu fassen, da bspw. auch Einzelpersonen sich hierfür bereit erklären. Diese sogenannten Gastfamilien werden von einem spezialisierten Team begleitet und über die Eingliederungshilfe finanziert. Beides, Finanzierung und Begleitung der Gastfamilien sind zwingende Voraussetzungen für das BWF. Der Betreuungsrahmen bildet sich in der Triade, Bewohner/in, Gastfamilie und begleitender Fachdienst ab. Damit unterscheidet sich das BWF von anderen Betreuungssettings, die betroffenenzentriert arbeiten. Es sind neben den Bedürfnissen der Bewohner/innen auch immer die Interessen der Gastfamilien zu berücksichtigen und zu wahren.



Reinhold Eisenhut

Heilerziehungspfleger und Dipl.-Sozialpädagoge (FH), seit 1988 beim VSP – Verein für Sozialpsychiatrie Reutlingen. 1988 bis 2010 Mitarbeiter im Betreuten Wohnen in Familien (BWF). Derzeit Bereichsleiter des BWF u. Geschäftsführer des VSP, seit 1997 Sprecher des Fachausschusses BWF der DGSP.

Aktueller Stand:

Die Mitarbeitenden des BWF haben sich in Deutschland und im deutschsprachigen Ausland im Rahmen eines Fachausschusses der DGSP organisiert. Hier werden fachliche Standards diskutiert, interessierte Teams beim Start gecoacht und die jährliche Fachtagung organisiert. Das BWF hat eine eigene Homepage, die unter www.bwf-info.de einen verlässlichen Überblick gewährleistet. Es gibt keine verlässliche Quelle zur aktuellen Zahl von Menschen, die in Gastfamilien in Deutschland leben. Nach eigenen Berechnungen sind es ca. 2.500 Menschen, wovon knapp die Hälfte in Baden-Württemberg lebt. Bemerkenswert ist darüber hinaus, dass in Baden-Württemberg jeweils zur Hälfte Menschen mit psychischen Erkrankungen und geistigen Behinderungen in Gastfamilien leben.

Auswirkung auf das Gemeinwesen

Inklusion

Wir vom BWF behaupten, dass im BWF Inklusion schon lange bevor sich dieser Begriff etablierte, praktiziert wurde. Denn Inklusion setzt nicht nur voraus, dass Menschen mit Beeinträchtigungen mitten in der Gesellschaft leben wollen, sondern dass genau diese Gesellschaft auch bereit ist, sie zu „Beheimaten“. Genau an letzterem krankt häufig die Praxis der Inklusion. Es reicht eben nicht, dass man

im Betreuten bzw. Assistierte Wohnen entsprechend Wohnungen akquiriert und den Betroffenen zur Verfügung stellt. Denn eine Einbindung ins Gemeinwesen erfolgt nicht automatisch, sondern das Wohnquartier, die Nachbarschaft etc. muss auch die Bereitschaft haben, diese neuen Mitglieder in ihre Gemeinschaft aufzunehmen. Das gelingt in vielen Fällen, ist aber nicht einfach einseitig umzusetzen, da der Einfluss der Mitarbeitenden auf das Gemeinwesen begrenzt ist. Im BWF zeigt sich aber eine völlig andere Situation. Hier bewerben sich Menschen aus der Mitte der Gesellschaft, um in ihre Familie Menschen mit Assistenzbedarf aufzunehmen. Das bedeutet natürlich keine vollständige Inklusion, aber es ist ein erster und wichtiger Schritt dahin und in dieser Form einzigartig.

Inklusion in die Gemeinde

Die Arbeit des BWF impliziert einen eminent wichtigen (sozial-)politischen Ansatz. Menschen mit Behinderungen leben nicht ausgegliedert in Sonderwohnformen, sondern mitten im Gemeinwesen, im Dorf oder im Quartier. Ausschlaggebend ist nicht die Tatsache, dass sie dort leben, das geschieht auch im klassischen Betreuten Wohnen, sondern dass sie bei einer ganz „normalen“ Familie eine Heimat gefunden haben. Dieses selbstverständliche Zusammenleben von Menschen mit und ohne Behinderung ist ein wichtiges Signal für die Umgebung: Menschen, die nicht dem klassischen Rollenklischee entsprechen, die „anders“ sind, sind trotzdem selbstverständlicher Teil des Gemeinwesens. Das ist angewandte Anti-Stigma-Arbeit und dient auch der Enttabuisierung des Themas psychische Erkrankungen. Die Gastfamilien fungieren hier als Rollenvorbild für die Nachbarschaft und das Gemeinwesen. Sie dokumentieren eindrucksvoll, dass Inklusion möglich ist. Zur Verdeutlichung ein kleines Beispiel: Ich habe viele Jahre lang einen älteren Mann mit der Doppeldiagnose Sucht und Psychose in einer Gastfamilie im ländlichen Raum begleitet. Mit der Familie war „kontrolliertes Trinken“ von zwei Flaschen Bier pro Tag abgesprochen, die Tatsache, dass sie auf einem Aussiedlerhof lebten war durchaus positiv, da der Klient nur einen eingeschränkten Zugang zu Alkohol hatte. Am Wochenende allerdings lief er ins benachbarte Dorf und kam anfangs regelmäßig stark betrunken wieder zurück. Das war durchaus nicht ungefährlich, da er in einem strengen Winter vom Mann der Gastfamilie sturzbetrunken im Straßengraben liegend gefunden wurde und so überlebte. Es stellt sich heraus, dass sich die Dorfbewohner am

Stammtisch einen Spaß daraus machten, ihm Bier und Schnaps zu spendieren, um ihn betrunken zu machen. Ich entschied mich in die ortsansässigen Gasthäuser zu gehen und sowohl die Wirte als auch Menschen am Stammtisch direkt anzusprechen. Der Klient war humorvoll und gesellig und im Dorf auch geschätzt. Daran anknüpfend habe ich die betreffenden Personen mit den Vorfällen konfrontiert und ihnen klar signalisiert, dass wenn sie den Bewohner weiterhin auf dem Hof und im Dorf leben(d) sehen möchten, sie auch Verantwortung dafür tragen, dass er nicht betrunken wird. Der Betroffene hatte definitiv keine Steuerungsfähigkeit mehr im betrunkenen Zustand. Sie als Dorfbewohner seien gefordert, für ihn und zu seinem Schutz zu handeln. Der „Stammtisch“ war natürlich verblüfft, aber es waren gute Gespräche. Mit den Wirten habe ich dann noch definitiv die Mengen an Alkohol besprochen, die sie ausgeben sollten. Schlussendlich gelang es, die Einsicht zu erzielen und eine Änderung im Verhalten der Wirtshaus-Besucher zu erzielen, eben auch in dem Bewusstsein, dass dem Betroffenen eine Verhaltensänderung alleine nicht möglich war. Ich bin der festen Überzeugung, dass eine solche Intervention deutlich schwieriger gewesen wäre, wenn die Betroffenen nicht gewusst hätten, dass der Klient in einer Gastfamilie lebt, die im Dorf bekannt und geachtet war. Für mich darüber hinaus ein Beispiel für gelebte Inklusion

Wie profitieren Gastfamilien?

Dass Bewohner/innen die in einer Gastfamilie leben, in der Regel profitieren liegt auf der Hand. Aber gilt das auch für Gastfamilien? Im Alltag der betreuenden Teams entsteht oft der Eindruck, dass Gastfamilien engagiert und empathisch sind, aber häufig problematische Situationen im Zusammenleben „aushalten“ müssen. Sie erhalten zwar eine kleine finanzielle Entschädigung, aber oft wenig direkte positive Rückmeldung seitens der Bewohner/innen. Dieser Eindruck täuscht, denn in vielen Gesprächen mit Gastfamilien zeigt sich, dass sie sehr wohl von der Situation profitieren. Allein die Tatsache, zu sehen, dass und wie sich Bewohner/innen, die eine chronische Erkrankung und oder Behinderung haben, (langsam) verändern, dass sich Abläufe einspielen, das Erkennen auch kleiner Fortschritte etc. ist ein Gewinn für die Familien. Gastfamilien werden mit vollkommen neuen Thematiken konfrontiert und erleben, dass sie es schaffen, Menschen in ihre Familie zu integrieren. Sie erleben sich als selbstwirk-

sam. Von herausragender Bedeutung ist das Zusammenleben mit den Bewohner/innen für die Kinder der Gastfamilie. Für sie ist das gewohnter Alltag, die Erkenntnis „es ist normal verschieden zu sein“ (Richard von Weizsäcker) haben sie vollständig internalisiert. Und es ist spannend zu beobachten, dass ein überdurchschnittlicher Teil der Kinder von sehr langjährig tätigen Gastfamilien soziale Berufe ergreift.

Ausblick Entwicklung

Die Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) beschäftigt natürlich auch das BWF. Allerdings gibt es hier eine Schwierigkeit. Wir finden hier eine „gespaltene“ Leistungserbringung vor, da sie nicht alleinige Sache der begleitenden Teams ist, sondern zu einem großen Teil durch die Gastfamilien umgesetzt wird. Bis jetzt ist es allerdings schlicht unvorstellbar, dass gewisse Teile eines zeitbasierten Gesamtplans innerhalb einer Gastfamilie umgesetzt werden können. Das BWF „wirkt“ nicht durch abzugrenzende individuelle Assistenzleistungen der Gastfamilie, sondern zu einem erheblichen Teil durch das familiäre Setting, die Einbeziehung in den Alltag der Gastfamilien etc. Abgesehen davon wäre der Rechtsstatus der Gastfamilie ein vollkommen anderer, sie wären gegenüber der Leistungsträgerseite rechenschaftspflichtig. Das sind aber aktuell nur die professionellen Leistungserbringer. Der Fachausschuss BWF plädiert deshalb für eine weiterhin pauschale Finanzierung der gesamten Leistung. Auch in dem Bewusstsein, dass die Ziele des BTHG, nämlich die individuelle passgenaue und inklusive Leistungserbringung, durch das BWF a priori umgesetzt wird.

Interessant zu beobachten ist, dass sich im Laufe der letzten Jahrzehnte die Altersstruktur aber auch der Assistenzbedarf der Bewerber/innen für das BWF stark verändert hat. In den achtziger und neunziger Jahren gab es eine starke Fokussierung auf meist ältere Menschen, die auf eine sehr lange Psychiatrieerfahrung zurückblicken und die sich im BWF eine dauerhafte Wohn- und Lebensform versprochen. Zwischenzeitlich verzeichnen wir sehr häufig Anfragen von Personen, die sich das Leben in einer Gastfamilie nur vorübergehend vorstellen können, um sich dort zu rehabilitieren und danach weniger assistierte Wohnformen suchen. Auch gibt es einen Schwerpunkt von sehr jungen Menschen, die häufig aus der Jugendhilfe kommend in der Gastfamilie einen sicheren Halt suchen, um sich persönlich weiterentwickeln zu können und beispielsweise Unterstützung während der Phase der

Berufsfindung oder -ausbildung zu erhalten. Auch hier ist ein langfristiger Aufenthalt in einer Gastfamilie nicht angestrebt. Die aktuell größte Herausforderung für das BWF ist die Suche nach geeigneten Gastfamilien bzw. Einzelpersonen, die sich auch darauf einlassen müssen, Menschen nur vorübergehend bei sich zu beherbergen. Die Familienakquise gehört zur anspruchsvollsten aber auch zeit- aufwendigen Aufgaben der Begleiteams.

Das BWF ist nach wie vor in Deutschland nur sehr punktuell verbreitet. Neben den Schwerpunkten Baden-Württemberg, Westfalen und Saarland, wo man von einer flächendeckenden Angebotslandschaft ausgehen kann, ist es in anderen Bundesländern nur teilweise ausgebaut, insbesondere im Norden teilweise gar nicht. Die Motivation von interessierten Anbietern und die Beratung der Leistungsträger

bleiben ein wichtiges Betätigungsfeld des Fachausschusses. Wir arbeiten nach wie vor an dem Ziel, dass allen Betroffenen, die sich für diese Lebensform entscheiden, wohnortnah ein ausreichend ausgebauten Angebot zur Verfügung steht. ●

Literatur

Konrad, Becker, Eisenhut (Hg): „Inklusion leben“, Betreutes Wohnen in Familien für Menschen mit Behinderung, Freiburg 2012

Das Konzept des „Hotel Plus“

Wohnangebote für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen in Köln

Von Elisa Ostermann und Andrea Lohmann

Gründe für die Entwicklung des Konzepts „Hotel Plus“

Wohnungslose Menschen mit psychischen Auffälligkeiten und Erkrankungen verstehen sich häufig eher als wohnungslos anstatt als psychisch erkrankt und meiden Angebote. Von daher können sie sich häufig nicht auf eine Versorgung im Bereich der Eingliederungshilfe gemäß § 53 SGB IX einlassen. Die vorhandenen Angebote entsprachen oftmals nicht den Bedürfnissen dieser Menschen. Abgesehen davon erfüllten und erfüllen viele der Betroffenen auch nicht die Voraussetzungen von Kostenträgern und Einrichtungen zur Inanspruchnahme dieser Hilfe. Sie wurden deshalb oft im System der Wohnungslosenhilfe untergebracht, das jedoch dafür weder konzeptionell ausgerichtet noch personell ausgestattet war. In der Praxis wechselten die Betroffenen häufig zwischen den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe und den Akutstationen der psychiatrischen Fachkliniken hin und her, ohne eine angemessene und passgenaue Hilfe zu erhalten. Mitte der 1990er Jahre war dieses Problem im fachlichen Diskurs angekommen (Institut für kommunale Psychiatrie Hg.: Auf die Strasse entlassen. Obdachlos und psychisch krank. 1996 Psychiatrie Verlag Bonn). Handlungsleitend war die Erkenntnis, dass die Betroffenen zwei Wünsche haben: ein Dach über dem Kopf und „in Ruhe gelassen“ zu werden. Von Seiten der Stadt Köln mit den beteiligten Ämtern Gesundheitsamt, Sozialamt und Wohnungsamt wurde daher entschieden, diese Lücke im Versorgungssystem mit dem Angebot „Hotel Plus“ zu schließen. Die Trägerschaft wurde dem Deutschen Roten Kreuz Köln e.V. übertragen. Das DRK wurde ausgewählt, weil es in Köln bisher nicht als

Anbieter psychiatrischer Angebote tätig war und so die notwendige Niedrigschwelligkeit gewährleisten konnte. Das Konzept des „Hotel Plus“ sollte keine Ähnlichkeiten mit einer Wohneinrichtung der Eingliederungshilfe aufweisen, da die meisten dieses Personenkreises psychiatrischen Hilfen mit größtem Misstrauen begegnen. Das Begleitangebot, parallel zur Unterbringung, sollte den Kreislauf des Rotierens zwischen Klinik und Notunterbringungen durchbrechen.

Das Angebot „Hotel Plus“

Seit 1997 bietet das Deutsche Rote Kreuz Köln e.V. mit „Hotel Plus“ ein Unterbringungs- und Begleitangebot für wohnungslose Frauen und Männer mit psychischen Beeinträchtigungen, Auffälligkeiten und Erkrankungen an. Es gibt drei zentral gelegene Hotel Plus in Köln, in denen insgesamt 35 Menschen leben, die durch die Fachstelle Wohnen der Stadt Köln zugewiesen werden. Den Hotelcharakter haben die Hotels beibehalten. Sie verfügen ausschließlich über Einzelzimmern und jeweils eigene Sanitäranlage. Im Hotel Plus erfahren die Menschen persönliche Beratung und Hilfestellung durch die ambulante Begleitung gem. §§ 67ff SGB XII des Deutschen Roten Kreuzes vor Ort. Die Mitarbeiter*innen sind multiprofessionell ausgebildet und zeichnen sich durch ein tolerantes und akzeptierendes Leitbild aus. Zwei Mitarbeiter*innen – jeweils eine Frau und ein Mann – sind von Montag bis Freitag im Büro vor Ort erreichbar, eine Nachtbereitschaft ist nicht vorhanden. Über die Aufnahme entscheidet eine Koordinationsrunde der Stadt Köln. Diese besteht aus Mitarbeiter*innen der beteiligten Ämter (Gesundheitsamt, Reso-Dienste und Fachstelle Wohnen des Sozial-



Elisa Ostermann
Dipl.-Pädagogik/Planung u. Beratung im Sozialwesen, Psychiatriekoordination/Gesundheitsplanung und -förderung, Gesundheitsamt Köln



Andrea Lohmann
Dipl.-Sozialpädagogin, Abteilungsleitung Psychiatrie, Deutsches Rotes Kreuz, Köln

amts), den Sozialdiensten der anmeldenden Psychiatrischen Kliniken und der Hotel Plus Mitarbeiter*innen.

Unsere Zielsetzung

Oberstes Ziel des Unterbringungs- und Begleitangebots ist es, eine Grundversorgung zu leisten, die eine weitere Verschlechterung der Lebensumstände verhindert und bestenfalls zu einer Stabilisierung führt. Das Angebot ist darauf ausgerichtet, die Lebensbedingungen psychisch kranker Menschen ohne festen Wohnsitz zu verbessern oder zumindest ihren Ist-Zustand zu erhalten. Als nur einige weitere Beispiele für die Zielsetzung der Unterbringung sind die Beratung zur Bewältigung der krankheitsbedingten Beeinträchtigungen, die Beseitigung der Wohnungslosigkeit, Verhinderung einer weiteren Verschlechterung der Lebenssituation sowie Krisenintervention zu nennen. Die Ziele sind dabei vielfältig und genauso verschieden wie es die Menschen sind. Im Mittelpunkt stehen die individuelle Bedürfnisse, die Ressourcen und die Problemlagen der Menschen mit ihren jeweils besonderen Ausprägungen.



Die Bewohner, denen die größtmögliche individuelle Freiheit sehr wichtig ist, können sich auf die sehr niederschwellige Hilfe einlassen, da es nur wenige Regeln gibt und die Mitarbeitenden sowie die anderen Bewohner sich tolerant zeigen. „Ich bin hier der einzig normale, alle anderen sind verrückt“, entspricht oft deren Sichtweise. Eine „Rund-um-die-Uhr-Betreuung“ wird von den Bewohner in der Regel abgelehnt.

Angesprochener Personenkreis

Es handelt sich um Menschen, die häufig sämtliche psychiatrische Versorgungsangebote durchlaufen haben und denen in diesen nicht die adäquate Hilfe angeboten werden konnte. Viele konnten aber auch bisher noch nie eine psychiatrische Behandlung annehmen, weil sie sich selbst nicht als krank erleben, jedoch sehr auffällig in ihrem jeweiligen sozialen Umfeld sind. Das äußert sich häufig in Aggressivität und einem massiv gestörten Sozialverhalten. Die häufig unbehandelten chronischen Psychosen führen dazu, dass diese Menschen sehr isoliert und völlig zurückgezogen leben. Die von uns angesprochenen Menschen sind vielfältig und sehr individuell. Darunter sind Personen, die sich auf „der Straße“ eingerichtet haben. Manche leben in Zelten im öffentlichen Raum, in selbstgebauten Hütten im Park oder am Bahndamm, auf der „Platte“ oder in einem abgemeldeten Auto. Diese Menschen wurden und werden häufig mit viel Geduld aller Beteiligten, Mitarbeitenden und Kostenträger, von den Vorteilen eines Zimmers im Hotel Plus überzeugt. Einige dieser Menschen konnten so über Jahre der Beziehungsarbeit hinweg eine fachärztliche Behandlung annehmen. Diese können anschließend oft vergleichsweise leicht in Wohnraum vermittelt werden. Andere Frauen und Männer leben mittlerweile seit Jahren im Angebot „Hotel Plus“ und haben dort ihre Heimat gefunden. Durch unterschiedliche Gründe ist es ihnen nicht möglich, Wohnraum zu finden. Ihr extravagantes Auftreten, Schufa-Einträge und die persönlichen und sozialen Schwierigkeiten sind große Hindernisse bei der Weitervermittlung. Einige können sich nicht auf einen Umzug in eine eigene Wohnung oder eine besondere Wohnform einlassen. Da sind zum einem die krankheitsbedingten Ängste vor Veränderung, zum anderem wird das Leben in der als positiv empfundenen Hausgemeinschaft des Hotel Plus, die Inklusion in dem jeweils lebendigen Stadtviertel und das „Man kennt sich“ sehr geschätzt. Es gibt aber auch Frauen und Männer, die sich schon nach kurzer stabilisierender Verweildauer darauf einlassen konnten und können, eine eigene Wohnung zu beziehen oder bereit

waren und sind, sich auf andere Wohnformen einzulassen.

Wo auch wir an Grenzen stoßen

Die Biographien der Bewohner sind häufig durch Beziehungsabbrüche, Heimunterbringungen und/oder Gewalterfahrung in frühesten Kindheit geprägt. Probleme aus dem inneren Erleben heraus, die aus psychische Erkrankungen resultieren, zeigen sich im Hotel durch Sachbeschädigungen und Konflikte mit anderen Bewohner, Nachbarn und so weiter. Dies kann in Extremfällen zur Kündigung des Zimmers führen.

Weitere Angebote

Durch den regelmäßigen Austausch in der Koordinationsrunde und die Erfahrungen aus der Arbeit mit den Menschen aus dem Hotel Plus wurde ersichtlich, dass das Angebot alleine nicht ausreichend war, so reichte die Kapazität der vorhandenen Hotels nicht aus, um tatsächlich regelmäßig bei geplanten Klinikentlassungen eine Entlassung auf die Straße zu vermeiden. Es wurden weitere Projekte entwickelt.

Ergänzend zu Hotel Plus wurde 2002 ein mobiles Team „Hotel Plus Mobil“ ins Leben gerufen, das Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen in den Hotels betreut, die von der Stadt Köln zur Unterbringung von wohnungslosen Personen genutzt werden. Die Hilfe ist als Casemanagement gedacht mit dem Ziel, durch eine tragfähige und vertrauensvolle Beziehung, kontinuierlichen und verlässlichen Kontakt und Begleitung, die weitere Stabilisierung nach einem Klinikaufenthalt zu sichern. Weiterhin hat die Begleitarbeit zum Ziel, selbständiges Leben in eigenem Wohnraum zu vermitteln und zu unterstützen. Daneben sollen mit den Menschen weitergehende Hilfen gesucht oder die Aufnahme in das Hotel Plus ermöglicht werden. Hotel plus Mobil kann auch Menschen begleiten, die eine Hotelunterbringung nicht annehmen, aber einen relativ festen Schlaf- oder Aufenthaltsplatz haben.

2013 wurde mit dem „Apartment Plus“ – einem Haus mit 16 kleineren Wohneinheiten und der Möglichkeit eines Betreuten Wohnens mit Betreuungskonstanz gemäß § 53 SGB IX – ein weiterer Baustein realisiert. Durch diese drei aufeinander abgestimmten Unterstützungsformen wurde mit den Hilferformen des „Wohnen Plus“ eine größere Flexibilität in der Betreuung geschaffen, um je nach persönlichen Voraussetzungen der Bewohnerinnen und Bewohner mehr Individualität und Entwicklung zu ermöglichen.

Unser Blick in die Zukunft

Der Wohnungsmarkt in Köln ist außerordentlich angespannt, die Mietpreise sind sehr hoch und steigen. Fast die Hälfte der Bevölkerung hat Anspruch auf einen Wohnberechtigungsschein. Jedes Jahr fallen weitaus mehr Sozialwohnungen aus der Mietpreisbindung als neu errichtet werden.

Unter dem Titel „Wohnhilfe Plus“ ist ein weiteres Angebot in Planung. Ziel des Projekts ist es, Bewohnerinnen und Bewohnern, die auf dem allgemeinen Wohnungsmarkt kein Angebot erhalten, jeweils ein Apartment zuzuweisen. Mit der Bereitstellung des Wohnraums werden die Voraussetzungen geschaffen, dass die Bewohnerinnen und Bewohner eine langfristige psychosoziale Begleitung und Unterstützung durch Fachkräfte erhalten. Damit soll im Sinne eines Empowerments eine weitergehende, größtmögliche Verselbständigung der Bewohnerinnen und Bewohner erreicht werden, um eine langfristige Wohnperspektive mit der Option eines unbefristeten Mietvertrags realisieren zu können.

Fazit

Durch die eng verzahnte Kooperation zwischen dem Deutschen Roten Kreuz e.V. und der Stadt Köln können wohnungslose Menschen mit psychischer Beeinträchtigung ein für sie geeignetes Wohnangebot erhalten – teilweise sogar nahtlos nach einem Klinikaufenthalt.

Das Deutsche Rote Kreuz Köln e.V. in Köln bietet mit seinen unterschiedlichen Hilferformen des „Wohnen Plus“ wohnungslosen Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen Wohnraum. Die Ziele der Menschen in diesen Angeboten sind vielfältig und verschieden. Zentrale Ziele sind das „Wohnen“ und „einen Ort zum bleiben finden“.

Jeder Mensch hat oder sollte ein Recht auf eigenen Wohnraum haben. Daher müssen für Menschen, die wohnungslos sind und bei denen sich psychische Beeinträchtigungen zeigen, individuelle Lösungen und „Wohnraumkonzeptionen“ gefunden werden. Insbesondere in einer Stadt wie Köln, in der viele Menschen um knappen Wohnraum konkurrieren.

Die Menschen, die in einem der Angebote von Wohnen Plus leben, haben meist keine Chance diesen Wettbewerb zu gewinnen. Die Schaffung von ausreichend und bezahlbarem Wohnraum ist von daher dringend geboten. Allerdings werden auch in Zukunft zusätzlich weitere individuelle Lösungen entwickelt werden müssen, um den besonderen Bedürfnissen von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen gerecht zu werden. ●

WohnenPlus – das Neuköllner Modell

Gelungene Schnittstellenarbeit zwischen psychiatrischer Versorgungsklinik, Wohnungsnotfallhilfe und Eingliederungshilfe

Von Olaf Hardt und Monika Trendelenburg

Wie prekär das Leben auf der Straße ist, lässt sich aus der Behaglichkeit des eigenen Wohnzimmers heraus kaum vorstellen: im Winter der Kälte, im Sommer der Hitze ausgesetzt zu sein; keinen gesicherten Zugang zu Wasser zu haben, sich nicht waschen zu können; sich wiederkehrend bedroht und schutzlos zu fühlen; seine Kleidung nicht wechseln zu können, weil man keine saubere oder überhaupt keine Wechselwäsche hat; von anderen Menschen beständig mit Argwohn, Verachtung oder Angst betrachtet, ignoriert oder beschimpft zu werden; manchmal auch Mitleid, Unverständnis oder den impliziten Vorwurf, selbst an der eigenen Lage schuld zu sein, zu ernten...

Wir wollen nachfolgend darstellen, welche Lösungen die Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Vivantes Klinikums Neukölln gemeinsam mit bezirklichen Institutionen sowie Trägern der Eingliederungs- und Wohnungslosenhilfe gefunden hat, um die Situation von psychisch Kranken ohne festen Wohnsitz im Berliner Bezirk Neukölln zu verbessern.

Die Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Vivantes Klinikums Neukölln ist die pflichtversorgende psychiatrische Klinik für den Bezirk Neukölln mit seinen rund 330.000 Einwohner. Neukölln ist nicht nur der ärmste der zwölf Berliner Bezirke: auch im bundesweiten Vergleich ist der Anteil seiner Bewohnerinnen und Bewohner, die von Armut betroffen oder bedroht sind bzw. Transferleistungen beziehen, außerordentlich hoch. Die Ursachen für die Häufigkeit prekärer Lebensverhältnisse sind komplex und gehen sicher nicht allein in dem überdurchschnittlich hohen Migrantenanteil auf. Bemerkenswerterweise sind einzelne Quartiere im Norden des Bezirks seit einigen Jahren von einer gegenläufigen Gentrifizierung betroffen, die die Situation ärmerer Bevölkerungsgruppen weiter verschärft.

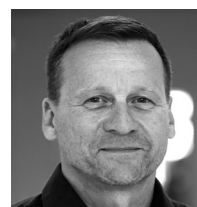
Das Vivantes Klinikum Neukölln ist insbesondere für die Versorgung des Berliner Südens bedeutsames Krankenhaus der Maximalversorgung. Die Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik verfügt

aktuell über 194 vollstationäre Behandlungsplätze, 17 Plätze für stationsäquivalente Behandlung und 92 tagesklinische Plätze sowie eine Institutsambulanz. Die Betten befinden sich auf sieben allgemeinpsychiatrischen, offen bzw. nur fakultativ geschlossen geführten Stationen mit Aufnahmeverpflichtung, darunter eine Schwerpunktstation für Abhängigkeitskranke, und einer Kriseninterventionsstation. Die teilstationären Plätze verteilen sich im Wesentlichen auf eine Intensiv-Tagesklinik mit 7-Tage-Betrieb auf dem Klinikgelände sowie eine psychosomatische Tagesklinik und zwei psychiatrische Tageskliniken dezentral im Bezirk.

Die Klinik ist durch ein sozialpsychiatrisches Selbstverständnis geprägt und begreift sich als „offene Psychiatrie“: nach innen setzen wir das Konzept der offenen Türen um, nach außen arbeiten wir im engen Austausch mit den Bürgerinnen und Bürgern sowie Institutionen des Bezirkes. Den Pflichtversorgungsauftrag interpretieren wir - jenseits der Beleihung mit hoheitlichen Rechten - vor allem als die Aufgabe, unsere Angebote strikt an den im Bezirk bestehenden Bedarfen auszurichten. Niedrigschwelliger Zugang, Patientenorientierung, individuelle Behandlungsplanung sowie eine sektorenübergreifende Beziehungs- bzw. Behandlungskontinuität haben in unserem Klinikkonzept einen hohen Stellenwert.

Die Versorgung psychisch kranker obdachloser Menschen, die ihren gewohnheitsmäßigen Aufenthalt in Neukölln haben oder hier „auffällig“ werden, ist für uns ein selbstverständlicher Teil unseres Behandlungsauftrags. Gerade unsere obdachlosen Patientinnen und Patienten profitieren von unserer engen Kooperation mit den somatischen Abteilungen des Klinikums. Viele, die auf der Straße leben, sind auch körperlich schwer krank: Hautkrankheiten, Entzündungen, Mangelernährung und Infektionen machen häufig eine somatische Mitbehandlung notwendig.

Nachdem wir eine deutliche Zunahme wahrgenommen hatten, erfassen wir seit einigen Jahren im stationären Bereich an



Olaf Hardt

Dr., Chefarzt Vivantes Klinikum Neukölln, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Berlin



Monika Trendelenburg

Der., Leitende Oberärztin, Vivantes Klinikum Neukölln, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Berlin

zwei Stichtagen (im Sommer- und im Winterhalbjahr) die Zahl von Patientinnen und Patienten ohne festen Wohnsitz: *Siehe Tabelle Seite 41 unten.*

Innerhalb weniger Jahre ist der Anteil der Patientinnen und Patienten ohne festen Wohnsitz enorm gestiegen: während er 2013 noch bei 5,4% lag, liegt er seit 2016/17 mit bedrückender Konstanz bei rund 20%.

Trotz dieser in Neukölln besonders ausgeprägten Entwicklung sind Wohnungsmangel und Obdachlosigkeit natürlich keine spezifischen Probleme des Bezirks. Ganz Berlin, aber auch viele andere, vor allem großstädtische Regionen in Deutschland sind davon betroffen. Die konkrete Datenlage ist allerdings bemerkenswert dürftig. Es gibt weder für Berlin noch für die Bundesrepublik eine offizielle Statistik. Schätzungen für Berlin gehen von etwa 10.000 Obdachlosen und 50.000 Wohnungslosen aus. Zweifellos bedeutet der Verlust der eigenen Wohnung, die Aufgabe eines festen Wohnsitzes einen schwerwiegenden Einschnitt in das Leben. Auch die Sozialgesetzgebung erkennt den Wohnungsverlust als „soziale Notlage“ an. Trotzdem mangelt es im wohlhabenden Deutschland an Hilfsangeboten insbesondere für die Menschen, deren Obdachlosigkeit durch eine gleichzeitig psychische Erkrankung kompliziert wird.

Schätzungen gehen davon aus, dass mehr als zwei Drittel aller Menschen ohne Dach über dem Kopf psychisch krank sind. Dabei bedingen psychische Krankheit und Obdachlosigkeit sich oft wechselseitig. Die konkreten Hintergründe der Obdachlosigkeit psychisch

Kranke können allerdings sehr unterschiedlich sein.

Aus unserer Erfahrung kennen wir:

- Menschen, die wegen Mietschulden oder „Fehlverhaltens“ ihre Wohnung verloren haben
- Menschen, die lange auf der Warteliste für ein Betreutes Wohnen stehen
- Menschen, die in Einrichtungen der Eingliederungshilfe die Kündigung erhalten
- Menschen, die sich durch die Eingliederungshilfe nicht betreuen lassen
- Menschen ohne eine Abstinenzmotivation für abstinenzorientierte Eingliederungshilfe
- Menschen, die nicht in betreuten WG der Eingliederungshilfe leben können oder wollen und ein Leben in Obdachlosigkeit vorziehen
- Menschen, die schon in verschiedenen Einrichtungen waren und „alles durchhaben“ (inklusive zahlreicher Hausverbote in Obdachloseneinrichtungen)
- Menschen, die zwar Hilfe annehmen wollen, denen das aber in Institutionen nicht gelingt
- Menschen mit einem laufenden Asylantrag, mit einem Aufenthaltstitel, mit unklarem Aufenthaltsstatus und EU-Bürger
- Menschen, die aus der Haft oder dem Maßregelvollzug entlassen wurden...

Auf Seiten der psychiatrischen Kliniken besteht in der Regel kein Zweifel daran, dass obdachlose Patientinnen und Patienten einen Anspruch auf die Versorgung mit angemessenem Wohnraum haben, der sich aus ihrer Menschenwürde herleitet. Auch widerstreben Entlassungen auf die Straße dem psychiatrischen Selbstverständnis. Zugleich können die Kliniken schwer dagegen anhalten, dass die allgemeine Daseinsfürsorge einer zunehmenden Ökonomisierung unterliegt. Auch die Kliniken selbst stehen aufgrund der engmaschigen Prüfungen der stationären Behandlungsbedürftigkeit und -dauer durch den Medizinischen Dienst unter einem erheblichen „Entlassungsdruck“, während der Weg in die Eingliederungshilfe oft hochschwierig, für die Betroffenen unübersichtlich, abschreckend

und meist langwierig ist. Darüber hinaus ist regionale Verantwortung für obdachlose Menschen gerade im großstädtischen Raum häufig „unscharf“ definiert.

In Berlin ist die Kostenübernahme für obdachlose Menschen bezirksbezogen geregelt: entweder war der betroffene Mensch vor Eintritt der Obdachlosigkeit in dem Bezirk gemeldet oder es greift – bei Menschen, die vorher nicht in Berlin gelebt haben – eine Geburtsdatenregelung, die ihn einem bestimmten Bezirk zuordnet. Gleichzeitig erfolgt aber die Zuweisung durch die soziale Wohnhilfe bezirksübergreifend. Das kann zu Konfusion führen: ein Patient, dessen Kostenträger der Bezirk A ist, wird in der Versorgungsklinik des Bezirks B behandelt, weil dort ein Aufnahmeanlass entstanden ist. Nach Entlassung wird ihm ein Wohnplatz im Bezirk C am anderen Ende der Stadt zugewiesen, was die ambulante psychiatrische Weiterversorgung erheblich erschwert.

Vor dem Hintergrund der geschilderten Zahlen und Probleme hat unsere Klinik im Herbst 2015 im bezirklichen Psychiatriebeirat thematisiert, dass für eine Reihe von Personen, die wir in der Klinik behandeln, nach Beendigung der Akutbehandlung keine für den weiteren Genesungsprozess adäquate Anschlusshilfe realisiert werden kann, weil die Betroffenen obdachlos sind. Die im Rahmen der Wohnungslosenhilfe vorhandenen Angebote sowohl auf dem Gebiet der ordnungsrechtlichen Unterbringung als auch bei den Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten gemäß § 67 SGB XII sind in vielen Fällen nicht geeignet, dem Bedarf an speziellen Anschlusshilfen gerecht zu werden bzw. werden von den Betroffenen häufig nicht angenommen.

Nach unserer Einschätzung mangelte es für die im Fokus stehende Personengruppe an niedrighwelligen Formen der Unterbringung in fester Verbindung mit einem bedarfsgerechten Angebot der Eingliederungshilfe. Insbesondere eine möglichst rasche und unbürokratische Deckung des Wohn- und Betreuungsbedarfs im

Anschluss an die Krankenhausbehandlung sahen wir als vordringlich an. Das etablierte System mit seinem einerseits begrenzten Angebot an Plätzen und andererseits zeitaufwendigem Procedere der Bedarfsfeststellung für Eingliederungshilfemaßnahmen durch das sog. Steuerungsgremium hatte sich hier als nicht ausreichend flexibel erwiesen. Angestoßen durch den Psychiatriebeirat waren wesentliche Personen und Institutionen innerhalb des Bezirksamts Neukölln erfreulicherweise sofort bereit, sich in Kooperation mit der Klinik des aufgeworfenen Problems anzunehmen. Von Anfang an war die bezirkliche Wohnungsnotfallhilfe mit ihrer besonderen Expertise in die Diskussion einbezogen. Diese Konstellation hat sich als besonders günstig erwiesen. Möglicherweise noch entscheidender war die Bereitschaft der verantwortlichen Bezirkspolitiker aus den Bereichen Gesundheit und Soziales, rasch zu konkreten Lösungen zu gelangen und sich dabei auch von administrativen Hindernissen nicht bremsen zu lassen. Dass die Chance dieses günstigen Augenblicks erkannt wurde und die Ideen der Fachleute politischen Rückenwind erfuhren, hat es ermöglicht, das erste WohnenPlus-Projekt bereits im Juli 2016, also nach noch nicht einmal einem Dreivierteljahr, ins Leben zu rufen.

Über die gesamte Projektentwicklung hinweg bestand bei allen Beteiligten Einigkeit hinsichtlich der Hauptziele: rasche Stabilisierung der Wohnsituation („housing first“) und verbindliche Vermittlung an das Hilfesystem außerhalb der Klinik. Um eine lückenlose und zeitnahe Anschlussversorgung psychisch erkrankter wohnungsloser Personen nach einer psychiatrischen Akutbehandlung zu gewährleisten, wurde eine Kombination aus einem Wohnplatz in einer Einrichtung zur ordnungsrechtlichen Unterbringung mit ambulanten Leistungen der Eingliederungshilfe im Leistungstyp „Therapeutisches betreutes Wohnen für seelisch Behinderte“ angestrebt. Herausfordernd waren und sind sicherlich die sehr komplexen Problemlagen, die die versorgenden Menschen „mitbringen“. Zudem hat ein Großteil von ihnen bereits eine langjährige problematische Biographie der

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
wohnungslos				6,0%	8,8%	6,4%	7,8%	8,2%
obdachlos				10,0%	15,1%	12,5%	10,8%	11,8%
kein fester Wohnsitz	5,4%	8,6%	9,5%	16,0%	23,9%	18,9%	18,6%	19,9%

Zur Erläuterung der Unterscheidung zwischen Obdach- und Wohnungslosigkeit: wer obdachlos ist, lebt auf der Straße; wer in einer Obdachloseneinrichtung oder bei Verwandten oder Freunden untergekommen ist, gilt als wohnungslos.

Wohnungslosigkeit und im Hilfesystem hinter sich. Die Vertrauensbildung ist vor allem bei Einzug in das Projekt eine der größten Herausforderungen. Eine Niedrigschwelligkeit des Angebotes war hier ausschlaggebend.

Im WohnenPlus-Projekt ist der Zugang unbürokratischer, die Antragstellung wesentlich schneller zu bewerkstelligen als üblich, da nicht nach dem regulären Procedure bei Eingliederungshilfemaßnahmen vorgegangen werden muss.

Es muss kein Steuerungs-gremium abgewartet werden, sondern es genügt dort eine kurze (nachträgliche) Vorstellung. Der Kontakt zum

Träger kann schnell hergestellt werden und erfolgt noch auf der Station. Ein nahtloser Übergang aus der Klinik in die neue Wohn- und Betreuungssituation ist gewährleistet. Es erfolgt eine Einstufung in die Hilfebedarfsgruppe 1, die rückwirkend und damit ohne finanzielles Risiko für den Eingliederungshilfeträger angepasst werden kann. Für das eigentlich Antragsverfahren, das sonst vor dem Einzug erfolgen muss, stehen im Projekt nach dem Einzug mehrere Wochen zur Verfügung, was gerade bei dieser besonderen Klientel ein großer Vorteil ist. Eine Kosten-zusage erfolgt mindestens für eine sechsmonatige Clearingphase. Eine Überleitung in eine betreute Wohnform der Eingliederungshilfe außerhalb der Obdachloseneinrichtung wird bei ausreichender gesundheitlicher Stabilität angestrebt. Der Beitrag der Klinik besteht neben der Vermittlung und Beratung vor allem in der Bereitschaft, ggf. die ambulante psychiatrische Behandlung zu übernehmen und im Krisenfall kurzfristig aufzunehmen.

Am ersten WohnenPlus-Projekt ist neben den zuständigen Abteilungen des Bezirksamts Neukölln und der Klinik seit 2016 die GEBEWO – Soziale Dienste – Berlin GmbH, ein Träger der Wohlfahrtspflege, dessen besondere Expertise auf dem Gebiet der Wohnungslosenhilfe liegt, beteiligt. Die GEBEWO GmbH betreibt seit 2002 im Bezirk Neukölln das Erstaufnahmeheim „Die Teupe“ mit insgesamt 240 Plätzen für wohnungslose Menschen. Die GEBEWO GmbH ist zudem auf dem Gebiet der Eingliederungshilfe für suchtkranke Menschen tätig und bot deshalb ideale Voraussetzungen für den Projektbeginn, da Wohnen und Wohnbetreuung in die Verantwortung eines Trägers gelegt werden konnten.

Zielgruppe des rasch als „Teupe-Projekt“ etablierten Angebots sind obdachlose Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen und Doppeldiagnosen. Den Patientinnen und

Dabei können Suchtkranke schneller in das Projekt integriert werden als Menschen mit einer Doppeldiagnose.

Patienten stehen im Erstaufnahmeheim Einzelzimmer bzw. ein Einzelappartement zur Verfügung. Im Juli 2016 startete das Kooperationsprojekt mit zunächst fünf Plätzen. Im Januar 2018 konnte die Kapazität auf acht Plätze erweitert werden. Das Projekt und die Kooperation laufen sehr gut. Die meisten Betroffenen können die Hilfe in dieser Form sehr gut annehmen. Die Plätze, die sowohl durch die Klinik als auch durch den Sozialpsychiatrischen Dienst belegt werden können, sind fast durchgängig voll belegt. Mitte 2020, etwas vier Jahre nach Projektbeginn fand eine erste zusammenfas-

sende Auswertung statt. Bis dahin wurden 33 Menschen, 27 Männer und 6 Frauen, in das „Teupe-Projekt“ aufgenommen, von denen aktuell acht noch im Projekt lebten. Zehn Personen waren in weiterführende Projekte der bezirklichen Eingliederungshilfe vermittelt worden, eine in eine Langzeitentwöhnungstherapie. Neun Personen waren auf eigenen Wunsch ausgeschieden; in vier Fällen war eine Kündigung erforderlich geworden. Eine Person war verstorben. Zwei der Personen waren mehrfach aufgenommen worden.

Die sechsmonatige Clearingphase hat sich bewährt, um den betreuten Person ausreichend Zeit zu gewähren, im Projekt „an- und zur Ruhe zu kommen. Eine nachhaltige Stabilisierung als Grundlage für eine zielgerichtete Weitervermittlung braucht mehr Zeit. Dabei können Suchtkranke – abhängig von der Suchtmittelform und vom Schweregrad des Suchtverhaltens – tendenziell schneller in das Projekt integriert bzw. weitervermittelt werden als Menschen mit einer Doppeldiagnose. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der GEBEWO verstehen es, die Kontakte so zu gestalten, dass sowohl dem Bedürfnis nach Selbstständigkeit entsprochen wird als auch Bindung und Vertrauen entstehen können und Hilfe angenommen werden kann. Es ist ein in jeder Hinsicht niedrigschwelliges Angebot, das kaum an Vorleistungen gebunden ist. Die Wohnbetreuung wird sehr flexibel mit lockerem Bezug gestaltet, ist aber zugleich klar und verbindlich. Das hat sich bei der herausfordernden Klientel sehr bewährt und ist die Grundlage für die in Relation zur Krankheitsschwere und zu den komplizierten Vorgeschichten hohe Vermittlungsquote. Einige der im Vorfeld verhängten Hausverbote wurde aufgehoben, damit die Betroffenen ins Projekt einziehen konnten – andere wurden mit sehr nachvollzieh-

baren Begründungen aufrechterhalten. Kam es nach Aufhebung von Hausverboten erneut zu Gewalthandlungen oder -androhungen, blieben die Mitarbeiter klar, und es erfolgte eine Entlassung.

Im Laufe des Jahres 2018 konnte – bei weiterhin hohem Bedarf an Wohnplätzen mit niedrigschwelliger Betreuung – unter erneuter Beteiligung der genannten Institutionen des Bezirksamts Neukölln und unserer Klinik eine weitere Kooperationsvereinbarung geschlossen werden – diesmal mit dem Wiedereingliederungshilfeträger „ZeitRaum“ und der HKS Wohnheime GmbH. Seit dem 17.01.2019 sind fünf (ggf. auch mehr) der 41 Wohnplätze im ASOG-Wohnheim HKS Haus Schmalenbach als Projektplätze vorwiegend mit Menschen ohne zusätzliche Suchterkrankung belegbar. Wenig überraschend zeigt das „Modellprojekt Schmalenbachstraße“, dass die Beteiligung von zwei Trägern (im Gegensatz zum „Teupe-Projekt“) größeren Absprachebedarf mit sich bringt.

Im Februar 2020 wurde ein drittes WohnenPlus-Projekt mit 32 Einzelwohnungen bei VITA domus – Buckow („Projekt Wildmeisterdamm“) eröffnet. Der Träger der ASOG-Einrichtung und der Eingliederungshilfe ist die VITA domus Soziale Dienste gGmbH. In das Projekt werden von der Klinik, dem Sozialpsychiatrischen Dienst und der Sozialen Wohnhilfe des Bezirks obdachlose und wohnungslose Menschen mit psychischen Auffälligkeiten vermittelt. Aktuell gibt es noch immer Diskussionen mit dem Träger über Details der Projektumsetzung.

Die ambulante Behandlung (inkl. ggf. notwendiger Hausbesuche) der Patientinnen und Patienten, die in die Projekte vermittelt wurden, erfolgt – sofern die Betroffenen es zulassen und wünschen – über die Institutsambulanz der Klinik. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Projekte können sich darauf verlassen, dass in Krisensituationen (z.B. bei aggressivem Verhalten, Suizidalität, exzessivem Drogenkonsum) eine niedrigschwellige Aufnahme in der Klinik gewährleistet ist. Das schafft Sicherheit und Entlastung. Feste Ansprechpartner, regelmäßige Treffen und persönlicher Austausch der Projektteilnehmer sind für eine enge, vertrauensvolle Zusammenarbeit besonders wichtig. Das niedrigschwellige und flexible WohnenPlus-Modell hat sich im Bezirk Neukölln trotz durchaus vorhandener Schwierigkeiten und Konflikte sehr gut bewährt und hat über Berlin hinaus Interesse geweckt. Wir können die Etablierung ähnlicher Projekte für obdachlose psychisch Kranke in anderen Regionen unbedingt empfehlen. Dabei sollte nach unseren Erfahrungen darauf geachtet werden, die herausforderungsreiche Betreuung und Begleitung der schwerstkranken Menschen auf mehrere Schultern zu verteilen. ●

Über das Stigma psychischer Erkrankung

Nicolas Rüsçh im Gespräch mit Klaus Gauger

Vorbemerkung

Klaus Gauger (Bild) ist promovierter Germanist und hat zwei



Staatsexamina für das Gymnasiallehramt absolviert. Er lebt in Freiburg im Breisgau und arbeitet als Genesungsbegleiter am Zentrum für Psychiatrie Em-

mendingen. Seine Erfahrungen mit Schizophrenie und mit dem Stigma der Erkrankung beschrieb er in seinem Buch „Meine Schizophrenie“.

Kontakt: klaus.gauger@gmail.com
Nicolas Rüsçh ist Professor für Public Mental Health und Psychiater an der Universität Ulm/BKH Günzburg. Er beschäftigt sich mit dem Stigma psychischer Erkrankung und mit Antistigma-Interventionen, zuletzt in seinem Buch „Das Stigma psychischer Erkrankung: Strategien gegen Ausgrenzung und Diskriminierung“.

Kontakt: nicolas.ruesch@uni-ulm.de

Rüsçh: Herr Gauger, Sie beschreiben in Ihrem Buch eindrucksvoll, wie Sie 1994 im Rahmen der psychiatrischen Behandlung einen „Höllentsturz“ erlebten. In einer zweiten Krankheitsphase reisten Sie, gequält von Ihrer Paranoia, in wilder Flucht vor vermeintlichen Feinden durch mehrere Kontinente. Hat Sie zusätzlich zu den Symptomen Ihrer Erkrankung die Abstempelung als „psychisch krank“ erheblich belastet und behindert, gleichsam als „zweite Krankheit“?

Gauger: Eine Belastung war durch die Krankheit selbst da. Ich litt in den zwanzig kranken Jahren unter erheblicher Restsymptomatik, die vor allem in einem Beeinträchtigungswahn zum Ausdruck kam. Ich fühlte mich andauernd beobachtet und verhöhnt. Doch kognitiv war ich nicht beeinträchtigt. Ich schloss nach meiner Diagnose meine Promotion mit „magna cum laude“ und

meine Staatsexamina mit teils sehr guten Noten ab. Dennoch konnte ich keine beruflichen Erfolge einfahren, und ich gehe heute davon aus, dass an der Uni und an der örtlichen Regionalzeitung, an der ich lange Zeit als freier Mitarbeiter tätig war, bekannt war, dass es mir psychisch nicht gut ging. Ich hatte mich verändert, war durch die Medikamente dicker und ein starker Raucher geworden. Im Nachhinein kommt es mir so vor, dass ich letztlich in Freiburg abgeschrieben war. Das lag sicherlich nicht nur an meinem Zustand, sondern auch erheblich am Stigma der Schizophrenie. Es handelt sich hier also tatsächlich um eine „zweite Krankheit“. Wenn potentielle Arbeitgeber wittern oder erfahren, dass eine ernsthafte psychische Erkrankung im Spiel ist, kommt eine Einstellung in der Regel nicht mehr in Frage. Also musste ich mich viele Jahre lang als freier Mitarbeiter für Zeitungen und Radiostationen und als freier Dozent für Deutsch als Fremdsprache durchschlagen. Finanziell gerechnet hat sich das nie.

Rüsçh: Vor gut 400 Jahren veröffentlichte Cervantes seinen Roman *Don Quijote*. *Quijote scheint sich in der Welt seiner Ritterromane verloren zu haben, heute würde man ihn paranoid nennen. Er sieht sich als Retter und Schützer vor Gefahren, doch gerät dabei in Händel und erhält Prügel, andere machen sich über ihn lustig. Trotz alledem scheint er ein glücklicher Mensch zu sein, weil er seiner von ihm empfundenen Bestimmung folgt. Sie haben nicht nur von Ihrer Mutter her Affinität zum Spanischen – ein Teil Ihres Buches spielt in oder bei Madrid, und der Arzt, der Sie mit Druck und Anteilnahme von einer Behandlung überzeugte, ist Spanier. Auch vergleichen Sie sich an zwei Stellen mit Don Quijote. Nun sprechen Sie sich in Ihrem Buch dafür aus, dass schwer psychisch erkrankte Menschen behandelt werden auch ohne Eigen- und Fremdgefährdung für den Fall, dass sie ihre Behandlungsbedürftigkeit momentan nicht sehen (können). Das Thema ist sehr umstritten – wenig verwunderlich, weil*

es hier u. a. um freie Willensbildung, um die vom Bundesverfassungsgericht 2011 so genannte „Freiheit zur Krankheit“, die Spannung zwischen Selbstbestimmung und Pflicht zur Hilfeleistung, und um Macht(missbrauch) der Psychiatrie geht. Sollten wir die Don Quijotes unserer Zeit auch gegen ihren Willen behandeln? Sie von ihrer empfundenen Bestimmung abbringen, wie das Pfarrer und Barbier in Cervantes' Roman versuchen? Für Sie waren, nach der langen Flucht durch mehrere Länder „mürbe“ geworden, der Druck durch den spanischen Psychiater und die Behandlung rückblickend ein Segen. Doch wie lässt sich im Vorhinein entscheiden, ob Don Quijote weiter auf Rosinante durch die Welt reiten kann? Könnten in diesem Dilemma zwischen Behndlern und Betroffenen in gesunden Zeiten vereinbarte sog. Vorausvereinbarungen oder Krisenpläne helfen, die festlegen, wie eine Behandlung erfolgen kann?

Gauger: Meine Ansicht zur Notwendigkeit von Zwangsbehandlungen im Falle krankheitsbedingter mangelnder Krankheitseinsicht deckt sich nicht mit den letzten Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts. Im Begriff „Freiheit zur Krankheit“, die das Bundesverfassungsgericht auch psychisch Kranken zubilligt, scheint mir ein Konstruktionsfehler zu

„Meine Ansicht zur Notwendigkeit von Zwangsbehandlungen im Falle krankheitsbedingter mangelnder Krankheitseinsicht deckt sich nicht mit den letzten Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts.“

liegen: Psychisch Kranke, die in ihrem Wahn gefangen sind, sind unfrei. Sie können ihre Krankheit nicht mehr erkennen und sehen daher keine Notwendigkeit einer Behandlung. So war es auch bei mir, und die meisten Reaktionen auf meinen anonymen Artikel in der FAZ und auf mein Buch

erhielt ich von Angehörigen psychisch Kranker, die verzweifelt waren, weil Betroffene krankheitsuneinsichtig und für ihre Angehörigen zu einer ungeheuren Last wurden. Eltern z.B. können ihre kranken Kinder kaum im Stich lassen und versuchen alles, um ihre Kinder vor Obdachlosigkeit und Verwahrlosung zu schützen. Zum anderen werden diese Angehörigen vom Bundesverfassungsgericht damit konfrontiert, dass ihre Kinder die

„Freiheit zur Krankheit“ haben. Der Betroffene lebt also seinen Wahn oft genug auf Kosten seiner engsten Angehörigen aus. Auch ich habe das im Wahn so getan. Das kann nicht die Lösung sein. Letztendlich ist der Betroffene meist Teil eines Familiensystems und immer Teil der Gesellschaft. In der Vernunft und in der Realität zu leben, ist ein Wert an sich. Ich habe das Gefühl, dass auch viel Gleichgültigkeit in dieser „Freiheit zur Krankheit“ steckt: „Sollen diese Spinner doch machen, was sie wollen, solange sie nicht gefährlich werden.“ Ich bin gegen einen Machtmissbrauch durch die Psychiatrie und für eine einfühlsame und geduldig erklärende Form der Zwangsbehandlung. Aber die heutigen schizophrenen Don Quijotes ihrem Schicksal zu überlassen, obwohl wir Medikamente haben, die ihnen helfen können, ist grausam. Es ist nicht schön, zu vereinsamen und zum Gespött und oft zur Plage für seine Mitmenschen zu werden. Eine Vorausvereinbarung und ein Krisenplan können helfen. Aber wenn der Betroffene keinerlei Krankheitsbewußtsein hat, brauchen wir eine Psychiatrie und Richter, die wirksam helfen wollen und können. Eine Zwangsbehandlung kann die rettende Notbremse sein, bevor das Leben des Betroffenen definitiv entgleist.

Rüsch: *Menschen mit psychischer Erkrankung berichten sehr verschiedene Erfahrungen mit Stigma und Diskriminierung. Stigma wirkt sich im sozialen Umgang auch deshalb verhängnisvoll aus, weil es so vielfältig sein kann und sich der Effekt der verschiedenen Formen addiert: Es gibt offene Diskriminierung („Mit Dir Spinner möchte ich nichts zu tun haben!“); stumme soziale Distanz, wenn andere sich zurückziehen; Verlegenheit, wenn andere nicht wissen, was sie sagen oder tun sollen; paternalistische Bevormundung („Ich entscheide für Dich, Du bist ja psychisch krank!“); Ärger („Reiß Dich zusammen!“); den Vorwurf der Verantwortung für die Erkrankung; und pessimistische Zuschreibungen („Du bist chronisch krank und kannst nie mehr arbeiten“). Selbst wenn andere sich nicht stigmatisierend verhalten, müssen Betroffene mit Diskriminierung rechnen, weil sie sie oft erfahren haben. Das setzt sie ständigem Stress aus. Erving Goffman sagte einmal, daher zögen sich viele Betroffene in den Kreis der eigenen Gruppe*

zurück („the own“, hier: andere Psychiatrie-Erfahrene) oder in den begrenzten Kreis der Verständigen („the wise“). Dieser Rückzug bietet Schutz, kann aber auch zum Verlust sozialer Kontakte (außerhalb dieser Kreise) führen. Haben Sie diese Erfahrungen im sozialen Umgang gemacht? Welche empfanden Sie als besonders schlimm? Hatten Sie den Eindruck, Sie konnten sich wehren und Vorurteile durch Widerspruch abbauen?

Gauger: Ich habe verschiedene Formen von Diskriminierung kennengelernt. Grundsätzlich gilt das deutsche Sprichwort: „Wer den Schaden hat, braucht für den Spott nicht zu sorgen.“ So haben sich nach meiner Diagnose 1994 und meinem ersten Aufenthalt in der Psychiatrie viele sogenannte „Freunde“ über meinen Zustand lustig gemacht und nicht mit dummen Ratschlägen gezeigt, nach dem Motto: „Deine Medikamente sind ein Witz, setz die doch ab!“ Nicht wenige haben sich auch zurückgezogen. Hatte ich vor 1994 keine Probleme, Partnerinnen zu finden, stand ich nach der Diagnose auf dem Schlauch und erhielt im Wesentlichen nur Abfuhr. Wehren konnte ich mich nicht, denn es sprach ja niemand offen aus, dass ich als psychisch Kranker sozial und beruflich nichts zu erwarten hatte. Aber es wurde im Laufe der Jahre für mich offensichtlich, dass mein Status jetzt viel niedriger als vor der Erkrankung war und ich für potentielle Freunde, Partnerinnen und Arbeitgeber nicht ernsthaft in Frage kam. Meine Freunde entwickelten sich beruflich weiter, heirateten oft und hatten Kinder. Ich selbst blieb isoliert im Haus meiner Eltern zurück und laborierte an meinen Problemen und meiner Erfolglosigkeit herum. Es war ein schleicher Prozess über viele Jahre, ein stetiger Niedergang, der mich langfristig sehr entmutigte und in mir viel Groll und Frustration erzeugte. Kontakt mit anderen psychisch Kranken, um mich über meine Erfahrungen auszutauschen, suchte ich damals nicht. Insofern hatte ich auch keinen Rückhalt von Psychiatrie-Erfahrenen. Das kam bei mir erst später, nach meiner vollständigen Genesung im Jahre 2014. Da konnte ich dann analysieren, was in den zwanzig kranken Jahren mit mir geschehen war. Ein Ergebnis dieses Reflexionsprozesses war mein Buch, aber natürlich habe ich jetzt viel mehr Kontakt mit anderen Psychiatrie-Erfahrenen, da mir klar ist,

dass ich viele Erfahrungen, auch die des Stigmas und seiner Folgen, mit ihnen teile.

Rüsch: *Ich möchte zwei Ihrer Punkte aufgreifen: Gründe für den Rückzug der „Freunde“; und den Austausch im Kreis der Psychiatrie-Erfahrenen. Was die „Freunde“ angeht, denken Sie, viele wissen einfach zu wenig über psychische Erkrankungen, sind ratlos und setzen sich ab, weil sie nicht wissen, was sie sagen oder tun sollen? Wenn dem so wäre, könnte pure Aufklärung helfen - frei nach dem optimistischen sokratischen Motto, dass Tugend Wissen ist. Ich bin allerdings skeptisch, ob solche Edukation allein ausreicht. Der zweite Punkt ist, ob der Austausch mit anderen Betroffenen Sie in der Auseinandersetzung mit Stigma stärkt. Menschen, die in der Selbsthilfe u. ä. aktiv sind, sind oft resistenter gegen Selbststigma und Scham in Bezug auf die eigene Erkrankung. Gegen öffentliche Vorurteile sind sie nicht gefeit, können sich aber möglicherweise besser wehren.*

Gauger: Ich sehe das so wie Sie. Edukation ist nicht ausreichend, aber zumindest eine der Voraussetzungen, um ein Miteinander von Gesunden und Kranken auf Augenhöhe zu ermöglichen. Das Stigma dieser Erkrankung sorgt unter anderem dafür, dass Gesunde oft gar nichts Vernünftiges über Krankheiten wie Schizophrenie wissen. Denn die Betroffenen reden meist nicht öffentlich über ihre Erkrankung und halten sich versteckt. Die häufigste Frage, die mir von Gesunden gestellt wird, wenn ich ihnen berichte, dass ich ein Buch über meine Erkrankung geschrieben habe, ist: „Schizophrenie – Was muss ich mir darunter vorstellen?“ Gesunde haben meist keine Vorstellung von den Symptomen und Behandlungsmöglichkeiten dieser Erkrankung. Aber wie Sie sagen, Aufklärung genügt keinesfalls, denn das Stigma, dass wir potentiell gemeingefährliche Irre sind, wird nicht zuletzt durch die Medien aufrechterhalten. Jeder Fall eines Schizophrenen, der eine Gewalttat begangen hat, wird von den Medien begierig aufgegriffen und schürt die Angst der Gesunden vor uns. Insofern ist es wichtig, dass Schizophrenie-Betroffene sich in Verbänden organisieren und sich für ihre Rechte starkmachen. Auch Selbsthilfe ist sehr wichtig, denn das Zusammensein mit anderen Schizophrenie-Betroffenen lässt einen spüren, dass man mit seinem Problem nicht

allein ist. Auch gegen öffentliche Verunglimpfung kann man sich gemeinsam besser wehren.

Rüsch: *Ein gutes Gesundheitssystem bietet Menschen besonders mit schweren psychischen Erkrankungen Hilfe und Behandlung – ohne Vorurteile. Studien zeigen jedoch, dass viele im Gesundheitssystem tätige Profis Vorurteile gegen Menschen mit psychischen Erkrankungen haben (ein weiterer Grund zur Skepsis gegen die Wirkung nur von Edukation). Eine Erklärung dafür ist, dass Profis mit Betroffenen oft in krisenhaften Ausnahmesituationen zu tun haben und sie sich in der Behandlungssituation nicht auf Augenhöhe begegnen. Auch strukturell ist in Deutschland einiges im Argen: Die Wartezeiten auf psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung sind lang, die Behandlungsintensität im ambulanten Bereich ist oft völlig unzureichend, als „schwierig“ geltende Patienten etwa mit Doppeldiagnosen oder Borderline-Störung bekommen oft keine adäquate Behandlung. Aus meiner Sicht ist das ein skandalöser Missstand, der so für schwere körperliche Erkrankungen (zu Recht) nicht toleriert würde.*

Gauger: Natürlich ist das Stigma auch im Gesundheitssystem präsent, gerade auch bei Psychiatern selbst. Ich erinnere mich an meine Diagnose und Behandlung im Jahre 1994. Meine Eltern fragten bei dieser Gelegenheit eine Assistenzärztin, wie es mit mir weitergehen solle. Ich war damals Doktorand und freier Journalist. Die Assistenzärztin sagte meinen Eltern, dass die Arbeit als Journalist viel zu stressig für mich sei und ich lieber auf eine manuelle Tätigkeit umschulen solle. Tatsächlich habe ich noch viele Jahre danach als freier Journalist gearbeitet. Auch meine Psychiater machten mir keine Hoffnung und empfahlen mir „künstlerische Betätigung“ und eine Partnerin, die ebenfalls psychisch krank, aber „gut medikamentös eingestellt“ sei. Sie glaubten also nicht, dass es mir gelingen würde, eine gesunde Partnerin zu finden. Tatsächlich war ich dann 13 Jahre lang mit einer gesunden Partnerin zusammen. Und natürlich fand die erste Behandlung im Jahre 1994 nicht auf Augenhöhe statt. Ich wurde zu einer Zwangsbehandlung verdonnert, ohne viele Worte und Erklärungen. Ich habe manchmal genau wie Sie das Gefühl, dass gründliche Information über die Krankheit das Stigma-Problem nicht löst. In diesem Zusammenhang

eine erhellende Anekdote: Ich war 2019 auf dem DGPPN-Kongress in Berlin und stellte in einer Lesung mein Buch vor. Nach der Veranstaltung kam ein junger Psychiater auf mich zu, dem meine Präsentation anscheinend gut gefallen hatte, und fragte mich: „Sie sind ja kognitiv so fit. Was halten sie von Kraepelins Theorie der ‚dementia praecox‘?“ Ich war baff und antwortete nur, dass ich von solchen Uralt-Theorien nicht viel halte. Es ist erstaunlich, dass ein junger Psychiater Schizophrenie immer noch im Bereich der Demenz ansiedelt, nachdem schon Anfang des 20. Jahrhunderts Eugen Bleuler diese Auffassung revidiert hatte. Meiner Erfahrung nach sind gerade Psychiatrie-Profis oft äußerst skeptisch, was die Entwicklungsmöglichkeiten ihrer Schizophrenie-Patienten angeht. Und die Versorgung schwer psychisch Kranker ist tatsächlich oft lausig, wie Sie zu Recht andeuten: In Baden-Württemberg bekommt ein niedergelassener Psychiater gerade mal rund 70 Euro im Quartal für die Behandlung eines schizophränen Patienten. Das Ergebnis ist, dass der Psychiater den Patienten vielleicht einmal für zehn Minuten im Quartal sieht, mit ein paar Standard-Fragen und dem Ausstellen des Rezepts. Und einen Psychotherapeuten zu finden, der an Schizophrenie Interesse hat und sich auskennt, ist schwer.

Rüsch: *Sie beschreiben, dass Sie beruflich seit Beginn Ihrer Erkrankung keine Chance mehr hatten als Journalist und als Gymnasiallehrer – und das, obwohl Sie gute Noten hatten. Ich denke, hier spielen nicht nur Vorurteile Einzelner eine Rolle (Kollegen, Arbeitgeber). Sondern wir haben in Deutschland ein erhebliches strukturelles Problem: Es gibt einen hochwirksamen Weg, Betroffene in den allgemeinen Arbeitsmarkt zu bringen, und zwar Unterstützte Beschäftigung (Supported Employment). Hier werden Menschen direkt in eine Arbeitsstelle vermittelt und durch Jobcoaches nicht nur bei der Arbeitssuche, sondern v. a. an der neuen Arbeitsstelle unterstützt. Doch dieses Programm ist in Deutschland fast nicht implementiert – eine groteske Situation angesichts der Folgen für die Gesellschaft: Menschen, die arbeiten wollen, kommen nicht in Arbeit; und dem Arbeitsmarkt fehlen*

Arbeitskräfte. Was müsste aus Ihrer Sicht geschehen, um im Arbeitsbereich auf individueller und struktureller Ebene etwas zu ändern?

Gauger: Das Modell des „Supported Employment“ ist sicher ein guter Weg, um psychisch Kranke in Arbeit zu bringen. Doch ich denke, der Staat sollte Geld in die Hand nehmen: Es sollte finanzielle Anreize für Betriebe geben, solche

Menschen einzustellen. In Deutschland können sich größere Betriebe durch die Schwerbehinderten-Ausgleichsabgabe einfach von ihrer Pflicht freikaufen, schwer psychisch kranke Menschen einzustellen. Das ist ein Unding. Außer in begründeten Ausnah-

mefällen sollten größere Betriebe dazu verpflichtet werden, Schwerbehinderte einzustellen. Der Staat sollte solche Arbeitsplätze für Schwerbehinderte finanziell mittragen, entweder durch Steuererleichterungen für Betriebe, die ihre Schwerbehindertenquote erfüllen, oder indem ein prozentualer Anteil des Lohnes für eine gewisse Zeit vom Staat gezahlt wird. Es müssen für Betriebe Anreize geschaffen werden, Schwerbehinderte einzustellen. Die Logik der Marktwirtschaft ist letztlich eine kalte: Hat der Arbeitgeber die Wahl zwischen einem gesunden oder psychisch kranken Bewerber, wird er sich für den gesunden Bewerber entscheiden. Um zu meinem konkreten Fall zurückzukehren: Als Journalist hatte ich wohl tatsächlich mit meiner Erkrankung nicht viele Chancen, eine feste Stelle zu finden. Als Gymnasiallehrer könnte ich theoretisch arbeiten, da ich mir durch das bestandene zweite Staatsexamen das Recht auf eine Bewerbung im Schuldienst erworben habe. Ich mache mir aber keine Illusionen darüber, wie ein Schulleiter und meine Kollegen darauf reagieren würden, wenn sie erfahren, dass ich unter paranoider Schizophrenie leide. Ich entschied mich dann, als Genesungshelfer zu arbeiten, um argwöhnischen Fragen potentieller Arbeitgeber aus dem Weg zu gehen. Die Arbeit als Genesungshelfer hat den Vorteil, dass für diese Tätigkeit Menschen mit meinem Krankheitshintergrund gesucht werden. Der Nachteil ist, dass kaum Aufstiegsmöglichkeiten bestehen und die Bezahlung wie bei allen Pflegeberufen recht mager ist. Aber ich nehme lieber diese Nachteile in Kauf und habe den Vorteil, dass ich mit mei-

ner Erkrankung offen umgehen kann. Als Lehrer hätte ich kaum ein Buch über meine ernsthafte psychische Erkrankung veröffentlichen können.

Rüsch: *Stigma kann von außen kommen, wenn andere sich diskriminierend verhalten. Betroffene können aber in der Folge öffentlichen Vorurteilen zustimmen und sie gegen sich wenden: „Ich bin psychisch krank, daher muss ich inkompetent sein.“ Viele schämen sich ihrer Erkrankung. Es kann zu einer Demoralisierung und Aufgabe von Lebenszielen kommen, was im Englischen „why try“-Effekt genannt wird: „Warum soll ich überhaupt versuchen, meine Lebensziele zu verfolgen? Ich bin es nicht wert oder nicht dazu fähig.“ Was denken Sie in Bezug auf sich selbst und andere Betroffene: Sind Selbststigma und Scham ein ähnlich großes Problem wie Diskriminierung durch Mitglieder der Öffentlichkeit?*

Gauger: Natürlich kann Selbststigma und Scham ein großes Problem sein. Aber Selbststigma ist ein Reflex des gesellschaftlichen Stigmas, das diese schweren psychischen Krankheiten wie Schizophrenie umgibt. Kein Betroffener käme auf die Idee, sich zu schämen und schuldig zu fühlen, wenn er nicht wüsste, dass ein Großteil der gesunden Menschen um ihn herum negativ über ihn denkt. Selbststigma und Scham entstehen dort, wo Menschen verachtet und stigmatisiert werden. Letztendlich sind Stigma und Selbststigma zwei Seiten einer Medaille. Jeder Betroffene sollte sich fragen, was er selbst dazu beitragen kann, um das Stigma und damit auch das Selbststigma zu verringern. Der erste Schritt ist dabei immer, sich zu fragen, auf welche Weise nicht nur die Krankheit, sondern auch das Stigma und das Selbststigma die eigene Identität und die eigenen Glücksmöglichkeiten beschädigt hat. Hat man dies erst einmal klar analysiert, stellt sich die Frage, was man gegen dieses Unrecht tun will. Da ich lange Zeit freier Journalist war, war es mein Weg, über meine Erfahrungen und meinen Lebensweg ein Buch zu schreiben.

Rüsch: *Ihr Buch ist ein mutiges Beispiel von Offenlegung. Sie schildern sehr offen die Qual der Paranoia und Ihren Weg zurück ins Leben. Auch die Perspektive Ihrer Angehörigen ist einbezogen, in Ihrem Text und durch das Nachwort Ihres Vaters. Welche Erfahrungen haben Sie mit dieser Offenlegung Ihrer Erkrankung gemacht?*

Fühlten Sie sich danach befreit? Wie haben andere reagiert? Es mag anerkennende und auch abwertende Reaktionen gegeben haben. Da Sie Ihre Geschichte erst anonym in einem Beitrag für die FAZ 2015 und dann 2018 in Buchlänge unter Ihrem Namen veröffentlichten: Waren die Reaktionen auf den anonymen Bericht, die Sie womöglich über die Zeitung erreicht haben, anders als auf Ihr Buch?

Gauger: Ich weiß nicht, ob die Offenlegung meiner Erkrankung eine Befreiung war. Das Stigma kann ja durch ein Buch wie meines nicht beseitigt werden. Aber ich wollte zumindest einen kleinen Baustein zur Verringerung der weitverbreiteten Unkenntnis über die Schizophrenie und des Stigmas der Erkrankung liefern. Letztendlich sind hier alle Betroffenen gefragt: Jeder sollte im Rahmen seiner Möglichkeiten etwas gegen die Benachteiligung von Schizophrenen in unserer Gesellschaft tun. Was nun die Offenlegung meiner Erkrankung angeht, so habe ich hier im wesentlichen keine schlechten Erfahrungen gemacht. Allerdings hatte ich zur Zeit der Niederschrift meines Buches auch nicht mehr vor, eine anspruchsvollere Laufbahn einzuschlagen. Mir war der Job als Genesungshelfer genug. Wäre ich jünger gewesen und hätte noch an eine Karriere gedacht, hätte ich das Buch wohl nicht veröffentlicht, zumindest nicht unter meinem Echtnamen. Abgewatscht wurde ich vor allem durch Vertreter der Antipsychiatrie, nicht zuletzt hier in Freiburg selbst, die meine Thesen zur meiner Meinung nach manchmal notwendigen und auch nützlichen Zwangsbehandlung als Affront aufnahmen. Aber mit den Anfeindungen der Antipsychiater kann ich leben. Für mich waren der Artikel und das Buch Teil eines immer noch andauernden Reflexionsprozesses über meine Erkrankung und das zugehörige Stigma und Teil meines persönlichen Genesungswegs. Insofern: Ein großer Schritt für mich, aber ein kleiner Schritt für die Menschheit. Es wird sicher noch lange dauern, bis wir Schizophrenen ein anerkannter und geachteter Teil der Gesellschaft sind und wir unser Potential auf beruflicher und sozialer Ebene voll entfalten können. ●

Literatur:

Klaus Gauger (2018): Meine Schizophrenie, Herder-Verlag, Freiburg, erweiterte Neuauflage 2021.

Nicolas Rüsch (2021): Das Stigma psychischer Erkrankung: Strategien gegen Ausgrenzung u. Diskriminierung, Urban & Fischer/Elsevier, München.

TERMINE

TERMINE

**Caritasverband Stuttgart:
Fachtagung am 2.2./3.2.2022 im
Hospitalhof Stuttgart anlässlich der
Verabschiedung von Klaus Obert**

**Der Blick zurück nach vorn:
Utopien und Perspektiven in der
Sozialpsychiatrie und Suchthilfe**

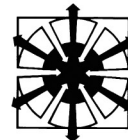
Anlässlich der Verabschiedung des Bereichsleiters der Sucht- und Sozialpsychiatrischen Hilfen, Dr. Klaus Obert, in den Ruhestand, veranstaltet der Caritasverband Stuttgart am 2. und 3. Februar 2022 eine Fachtagung im Stuttgarter Hospitalhof sowohl in Präsenz als auch im digitalen Format. Die Fachtagung beschäftigt sich schwerpunktmäßig mit fünf Themenbereichen, die Klaus Obert, der auch seit vielen Jahren der Kerbe-Redaktion angehört, in seiner über 40-jährigen beruflichen Laufbahn kontinuierlich beschäftigt haben: Der Paradigmenwechsel in der

**WAS
MACHT
UNS
STARK?
MUTIGE
WEGE
AUS DER
KRISE**

**Jahrestagung
der DGSP
11. – 13. Nov. 2021
Bremen & online**

DGSP

Deutsche Gesellschaft für
Soziale Psychiatrie e.V.



**Deutsche Gesellschaft für
Soziale Psychiatrie e.V.**

**Zeltinger Str. 9 | 50969 Köln
Tel.: (0221) 51 10 02
info@dgsp-ev.de
www.dgsp-ev.de**

Psychiatrie; alltags- und lebensweltorientiertes sozialpsychiatrisches Handeln; Paradigmenwechsel in den Suchthilfen, Kooperation und Vernetzung (Gemeindepsychiatrischer Verbund) und Partizipation/Selbsthilfe. Dabei soll die Tagung vorrangig, ausgehend von der Entstehung und Entwicklung, den aktuellen Stand und die Zukunft der Sozialpsychiatrie und der Suchthilfen in den Blick nehmen. Aus diesem Grund wird es zu jedem Vortrag eine Gesprächsrunde mit Praktiker*innen, Planer*innen und Vertreter*innen der Selbsthilfe aus Stuttgart geben, die den Blick in die Zukunft richten sollen.

Fragen und weitere Informationen unter der E-Mailadresse fachtagung@caritas-stuttgart.de.

Bundesakademie für Kirche und Diakonie

Mehrteilige Weiterbildungen:

Systemisches Arbeiten in der Psychiatrie/Sozialpsychiatrie 2021-2023
22. Zertifizierte Sozialpsychiatrische Zusatzqualifikation
01.12.2021 - 17.06.2023, Stuttgart

Umsetzung des BTHG – Weiterbildung für (angehende) Führungskräfte in Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie
09.02.2022 - 06.05.2023, Berlin

Fortbildungen

Psychisch erkrankte Menschen systemisch wahrnehmen und verstehen. Haltungen – Gesprächsführung – Handwerkszeug;
08.-10.11.2021, Korntal

Das operative Geschäft: Steuerung und Controlling in der Eingliederungshilfe
15.-16.11.2021, Berlin

Keine Krise mit der Krise - Hilfreich bleiben auch in Ausnahmesituationen
18.-19.11.2021, Berlin

Aus Schattenseiten Stärken gewinnen. Zürcher Ressourcenmodell (ZRM) Aufbaukurs I
29.11.-01.12.2021, Berlin

Implementierung von Peerarbeit in Organisationen und Teams der Sozialpsychiatrie
30.11.-01.12.2021, Hamburg

Überzeugen muss kein Kraftakt sein - Einsatz von Körper, Stimme, Sprache
14.-16.02.2022, Berlin

Einführung in das Qualitätsmanagement. Fortbildung für Einrichtungen und Dienste in Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie; 02.-03.03.2022

Traumapädagogische Ansätze im Umgang mit jungen psychisch erkrankten Erwachsenen
21.-22.03.2022, Filderstadt

Psychiatrische Krankheitsbilder – Grundlagen; 16.-18.05.2022, Essen

Psychose und Sucht – double trouble
09.-10.06.2022, Berlin

Weitere Informationen und Anmeldung im Internet unter www.ba-kd.de
Diakonie, Tel. 030-488 37 488, E-Mail: info@ba-kd.de.

Ansprechpartner: Frank Rosenbach, Tel. 030-488 37-478; Frank.Rosenbach@ba-kd.de

Die Kerbe als ePaper

Die Kerbe gibt es nicht nur in gedruckter Form, sondern auch als ePaper im Layout der Zeitung. Der Zugriff erfolgt per Browser mit dem Computer, Laptop oder Tablet auf der Homepage. Die elektronische Kerbe kann auch über eine App für iPhones und Android-Smartphones bequem aufgerufen werden. Bezieher der gedruckten Ausgabe erhalten das ePaper für nur einen Euro Aufpreis. <https://epaper.kerbe.info>

Kerbe-Jubiläum 2022 Schreiben Sie uns!

Im nächsten Jahr 2022 feiert die Kerbe ihren 40. Jahrgang. Grund genug, ein wenig zurückzublicken und auch die Leserinnen und Leser zu Wort kommen zu lassen. Welche Erfahrungen haben Sie gemacht? Gibt es etwas Besonderes, das Sie in Erinnerung behalten haben? Schreiben Sie uns, gerne ganz persönlich und geben Sie Name, Wohnort und gegebenenfalls auch Funktion an. Zuschriften an die Redaktion bitte bis zum 30. November 2021 an: andreas.steidel@kerbe.info

Impressum

Herausgeber und Redaktionsadresse:

Bundesverband evangelische Behindertenhilfe (BeB), Invalidenstraße 29, 10115 Berlin
E-Mail: kerbe@beb-ev.de
Internet: www.kerbe.info

Redaktion:

Prof. Dr. Jürgen Armbruster, Stuttgart (Redaktionsleitung); Iris Maier-Strecker, Stuttgart; Dr. Klaus Obert, Stuttgart; Dr. Irmgard Plöb, Stuttgart; Dr. Katharina Ratzke, Berlin; Prof. Dr. Michael Schulz, Bielefeld; Dr. Christiane Tilly, Bielefeld; Dr. Stefan Weinmann, Berlin; Sabine Wetzels-Kluge, Halle; Andreas Steidel, Calw.

Verlag und Bestelladresse:

Evangelischer Verlag Stuttgart GmbH, Augustenstraße 124, 70197 Stuttgart
Telefon (07 11) 60100-0
Adressenänderungen bitte an: vertrieb@evanggemeindeblatt.de

Bezugspreis:

Jahresabonnement für vier gedruckte Hefte 29 Euro (einschließlich Versandkosten), Einzelheft 8 Euro. ISSN 07245165; ePaper vier Ausgaben 20 Euro; Kombi-Abo (Print + ePaper) 30 Euro

Anzeigen:

Anzeigengemeinschaft Süd
Augustenstraße 124, 70197 Stuttgart
Telefon (0711) 60100-41, Fax -76.
E-Mail: kerbe@anzeigengemeinschaft.de.
Internet: www.anzeigengemeinschaft.de. Es gilt die Preisliste Nr. 31 vom 1. Januar 2019.

Layout: Atelier Reichert, Stuttgart

Druck: Rudolf-Sophien-Stift, Stuttgart

Erscheinungstermine:

1. Februar, 1. Mai, 1. August, 1. November

Diakonie 

Bundesverband
evangelische
Behindertenhilfe **BeB**



