

HILFE! Zwischen den Stühlen – Junge Menschen mit psychi- schen- oder Suchterkrankungen ohne Wohnung

Analysen, Forderungen und
Empfehlungen.

**Diakonie für junge
Menschen in Notlagen**

Niedrigschwellig,
schnell, qualifiziert:
Notwendigkeit ressort-
und arbeitsfeld-über-
greifenden Handelns

September 2016

Inhalt

3	Vorbemerkung	
4	1. Ausgangslage: Wohnungslose, psychisch und suchterkrankte junge Frauen und Männer	
4	1.1 Überblick über vorhandene empirische Daten	
5	1.2 Beschreibung der Zielgruppe	
6	1.3 Erklärungsansätze und Hintergründe	
8	2. Scheitern einzelner Hilfesysteme angesichts komplexer Bedarfe und Problemlagen	
8	2.1 Aus Sicht der Jugendhilfe	
9	2.2 Aus Sicht der Gemeindepsychiatrie	
10	2.3 Aus Sicht der Suchthilfe	
10	2.4 Aus Sicht der Wohnungsnotfallhilfe	
11	3. Lösungsansätze I: Kennenlernen der verschiedenen Rechtskreise und der Arbeitsfelder	
11	3.1 Leistungsrechtliche Ansprüche nach den verschiedenen Sozialgesetzbüchern	
14	3.2 Das Leistungsspektrum der Kinder- und Jugendhilfe	
16	3.3 Das Leistungsspektrum des psychiatrischen Unterstützungssystems	
18	3.4 Das Leistungsspektrum des Suchthilfesystems	
21	3.5 Das Leistungsspektrum der Wohnungsnotfallhilfe	
24	4. Lösungsansätze II: Kooperation und Weiterentwicklung der Praxis	
24	4.1 Prinzipien gelingender Kooperation und Koordination (begleitete Übergänge)	
26	4.2 Beispiele und Modelle guter Praxis	
36	Mitwirkende	
39	Impressum	

Vorbemerkung

Im Mittelpunkt dieser Handreichung steht eine Gruppe von Menschen, die schnell aus dem Blickfeld unserer sozialstaatlichen Hilfesysteme gerät: junge Volljährige im Alter von 18 bis 27 Jahren, die psychisch krank beziehungsweise suchtkrank und wohnungslos sind. Quantitativ ist diese Gruppe nur annäherungsweise zu beschreiben. Es ist aber davon auszugehen, dass die Zahl der Betroffenen seit Jahren zunimmt.

Im Rahmen eines über zweijährigen Projekts hat die Diakonie Deutschland zusammen mit den evangelischen Fachverbänden Gesamtverband für Suchthilfe (GVS), Evangelischer Bundesfachverband Existenzsicherung und Teilhabe (EBET), BAG Evangelische Jugendsozialarbeit (BAG EJSA) und dem Bundesverband evangelische Behindertenhilfe (BeB) sowie einem bundesweiten Netzwerk – bestehend aus Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus diakonischen Diensten und Einrichtungen der entsprechenden Arbeitsfelder – ein politisches Positionspapier veröffentlicht. In diesem Text (Diakonie Text 1.2016) werden zahlreiche Vorschläge zu einer umfassenden Unterstützung, Begleitung und Behandlung dieser Personengruppe gemacht, um gerechte Lebenschancen für alle jungen Volljährigen zu verwirklichen und diese bei der Einlösung bestehender Rechtsansprüche zu unterstützen.

Darüber hinaus wurde die vorliegende Handreichung erarbeitet. Um der Ausgrenzung und Marginalisierung der jungen Volljährigen mit komplexen individuellen und sozialen Problemlagen wirkungsvoll zu begegnen, sind auch die Dienste und Einrichtungen der Jugendhilfe und Jugendsozialarbeit, der Gemeindepsychiatrie, der Suchthilfe und der Wohnungsnotfallhilfe hinsichtlich ihrer fachlichen Ausrichtung gefragt und herausgefordert. Das notwendige Schaffen von Komplexangeboten benötigt nicht nur begleitend die entsprechenden rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen. Ebenso wichtig ist die Bereitschaft der Mitarbeitenden in allen Handlungsfeldern, konzeptionell zusammenzuarbeiten und neue gemeinsame Angebotsformen und übergreifende Konzepte zu entwickeln. Diese Bereitschaft braucht es auch für die erforderliche Abstimmung und Klärung der Übergangsprozesse.

Wenn im psychiatrischen Unterstützungssystem und der Suchthilfe niedrigschwellige Angebote und Settings entwickelt werden, bedeutet das, auch Leistungen für diejenigen zu konzipieren, die sich nicht als krank erleben und definieren oder zunächst keine Unterstützung annehmen – oder die nicht abstinent leben können beziehungsweise wollen.

Neben übergreifenden Konzepten benötigen aus unserer Sicht alle Arbeitsfelder differenzierte Angebote für die Altersgruppe der jungen Volljährigen – mit der gebotenen Fachkompetenz für die in diesem Alter spezifischen Entwicklungsaufgaben. Daneben gilt es, die spezifische Fachlichkeit, psychotherapeutische Haltungen sowie entsprechende Kompetenzen in der Beziehungsgestaltung in der Arbeit mit psychisch beeinträchtigten jungen Menschen bei allen beteiligten Akteuren zu verankern.

Das Ziel dieser Handreichung liegt darin, entsprechende fachliche Impulse weiterzugeben und die Praxis darin zu unterstützen, sich diesen meist nur noch schwer erreichbaren jungen Menschen (immer wieder) zuzuwenden, konstruktive Kooperationsbeziehungen zu ihnen aufzubauen und mit ihnen zusammen wirkungsvolle Hilfen zu konzipieren.

Die einzelnen Kapitel wurden von verschiedenen Autorinnen und Autoren verfasst und spiegeln in ihrer Heterogenität deren unterschiedliche Blickwinkel sowie berufliche Hintergründe wider. Die Kapitel bauen nicht aufeinander auf, sondern sind als Module angelegt, was an verschiedenen Stellen Wiederholungen zur Folge hat.

Zur Zeit der Fertigstellung der Handreichung sind sowohl für die Reform der Eingliederungshilfe als auch für die Reform des Kinder- und Jugendhilfegesetzes gesetzliche Änderungen geplant beziehungsweise auf den Weg gebracht, so dass schon bald nach Erscheinen des Textes einige der im zweiten Kapitel dargestellten Regelungen überholt sein können. Ungeachtet dessen bleibt das zentrale Anliegen bestehen, zu neuen Arbeitsansätzen, Haltungen und Kooperationen aufzufordern und zu ermutigen.

1. Ausgangslage: Wohnungslose, psychisch und suchterkrankte junge Frauen und Männer

1.1 Überblick über vorhandene empirische Daten

Der Übergang in das junge Erwachsenenalter ist mit einer Reihe von Anforderungen an junge Menschen verbunden. So stehen in dieser wichtigen Lebensspanne Bildungsentscheidungen, der Aufbau von stabilen Peer- und Partnerbeziehungen, die Ablösung vom Elternhaus sowie die Gründung eines eigenen Haushalts an. Einem großen Teil junger Menschen gelingen die Übergangsprozesse gut und die anstehenden Entwicklungsaufgaben werden als Chance genutzt; einem kleinen Teil gelingt die Bewältigung dieser anstehenden Herausforderungen nicht oder nur ungenügend beziehungsweise erst nach „Umwegen“.

Es gibt verschiedene Studien, die Daten zu ausgegrenzten Jugendlichen und jungen Erwachsenen zusammengetragen haben. Nach einer Studie des Instituts für Sozialpädagogische Forschung Mainz aus dem Jahr 2010 wird die Anzahl junger Menschen, die besonders von Ausgrenzung und Desintegration gefährdet sind, auf ungefähr 540.000 geschätzt.¹ Nach Annahmen des Deutschen Jugendinstituts aus dem Jahr 2015 droht etwa 20.000 jungen Menschen (unter 18 Jahren) eine Exklusion sowohl aus dem Schul- und Ausbildungssystem als auch aus allen weiteren Hilfestrukturen.² Einer DJI- Expertise aus dem Jahr 2012 zufolge ist in der Altersgruppe von 14 bis 27 Jahren von 79.500 Jugendlichen und jungen Erwachsenen auszugehen, die von allen professionellen Unterstützungssystemen ausgegrenzt sind.³

Über die genaue Zahl wohnungsloser junger Menschen liegen keine statistischen Angaben vor. Die BAG Wohnungslosenhilfe weist darauf hin, dass die Anzahl junger Erwachsener an allen wohnungslosen Menschen seit Jahren kontinuierlich ansteigt. Sie schätzt die Zahl der wohnungslosen Kinder und minderjährigen Jugendlichen im Jahr 2014 auf neun Prozent (29.000), die Zahl der wohnungslosen jungen Menschen unter 20 Jahren auf 66.000 und die der jungen wohnungslosen Menschen unter 30 Jahren auf 98.000.⁴ Hierbei werden jedoch nur die Menschen erfasst, die Angebote der Wohnungsnotfallhilfe nutzen.

Wohnungslose junge Menschen sind vielfach von behandlungsbedürftigen körperlichen und psychischen Erkrankungen betroffen. Es häufen sich Erkrankungen der Atmungsorgane, der Verdauungsorgane, des Herz- und Kreislaufsystems, Haut- und Zahnerkrankungen. Diese Befunde beruhen auf regionalen Studien zum Gesundheitszustand wohnungsloser Menschen in Einrichtungen der Wohnungsnotfallhilfe. Insgesamt ist die Datenlage zum Gesundheitszustand unbefriedigend.⁵ Als psychische Erkrankungen werden in Studien unter anderem vermehrt affektive Störungen, Angststörungen sowie Suchtmittel assoziierte Erkrankungen belegt. Die Prävalenz von sogenannten „Doppeldiagnosen“ bei dieser besonderen Lebenslage ist deutlich höher als in der Allgemeinbevölkerung. Darauf weisen die Ergebnisse unterschiedlicher regionaler Studien hin, wenngleich die Angaben aufgrund methodischer Unterschiede differieren. Zudem ist die Aussagekraft dieser Ergebnisse begrenzt, da die Hilfestrukturen sich

1 Institut für Sozialpädagogische Forschung Mainz e.V.: Ergebnis der ökonomischen Analyse zum Positionspapier „Ausgrenzungsprozessen entgegentreten – Neujustierung von Hilfen für Jugendliche und junge Erwachsene“ des Paritätischen Gesamtverbandes (Mainz, 2010).

2 vgl. Deutsches Jugendinstitut (2015): Entkoppelt vom System. Jugendliche am Übergang ins junge Erwachsenenalter und Herausforderungen für Jugendhilfestrukturen.

3 vgl. Deutsches Jugendinstitut (2012): Situation ausgegrenzter Jugendlicher. Expertise unter Einbeziehung der Perspektive der Praxis. Hrsg. von der BAG KJS.

4 vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe (BAG W) (2015): Pressemitteilung der BAG W: Zahl der Wohnungslosen in Deutschland auf dem Höchststand. In: Wohnungslos, 3–4/2015, S. 109–110.

5 vgl. Trabert, G. (2012): Wohnungslose Menschen mit psychischen Erkrankungen: Inklusion bei einer existenziell bedrohlichen Lebenssituation. In: Kerbe, 3, S. 21–23; Romas, R., Gaupp, B.: Psychisch Kranke in der Wohnungslosenhilfe, Materialien zur Wohnungslosenhilfe, Heft 45, Bielefeld 2003; Deutscher Verein (2014): Zugänge zu gesundheitlichen Hilfen für wohnungslose Menschen verbessern. Empfehlungen des Deutschen Vereins für eine Kooperation sozialer und gesundheitsbezogener Hilfen. Berlin.

regional zum Teil stark unterscheiden und folglich die untersuchten Stichproben kaum vergleichbar sind. Frietsch et al. fanden in ihrer empirischen Erhebung des Institut für Forschung und Weiterbildung (IFW) im Rahmen des von der Hochschule Koblenz geförderten Forschungsprojekts „Verbesserung der Teilhabe von Wohnungslosen in Rheinland-Pfalz durch professionelle Vermittlung und Koordination der Hilfeangebote von Wohnungslosen- und Suchtkrankenhilfe“ (TAWO)⁶ bei wohnungslosen Menschen in Rheinland-Pfalz in der Altersgruppe von 20–40 Jahren ein überproportional hohes Auftreten psychiatrischer Krankheitsbilder, die einen stationären Aufenthalt erfordern. Eine Analyse der Daten der unter 25-Jährigen hat gezeigt, dass 60 Prozent dieser Altersgruppe in direktem institutionellem Kontakt mit der Jugendhilfe standen beziehungsweise stehen. Bei den jungen Frauen/Mädchen sind es 78 Prozent gegenüber 46 Prozent bei den jungen Männern. Bemerkenswert auch, dass 33 Prozent dieser Altersgruppe Beratungskontakt mit der Suchtbeziehungsweise Drogenhilfe haben. In der Gesamtstichprobe hatten 78 Prozent ein bis vier stationäre psychiatrische Behandlungen hinter sich. Nach Auffassung der in der Studie befragten Experten sind die Zugänge zu adäquater ärztlich/psychiatrischer Behandlung für die Wohnungslosen besonders defizitär.

Obwohl die sogenannte SEEWOLF-Studie zur seelischen Beeinträchtigung in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe im Großraum München nur teilweise veröffentlicht und deren Aussagekraft daher begrenzt ist, so verweisen auch die vorab publizierten Ergebnisse auf eine deutliche Prävalenz volljähriger wohnungsloser Menschen für eine oder mehrere psychiatrische Erkrankungen inklusive Suchterkrankungen im Gegensatz zur Allgemeinbevölkerung.⁷ Zudem fanden die Studienleiter bei 71 Prozent der Stichprobe eine Doppel- und Mehrfachdiagnose, was ebenfalls auf eine hohe psychiatrische Komorbidität bei Menschen in Wohnungslosigkeit hinweist. Offenbar sind Menschen mit psychiatrischer Komorbidität besonders von Ausgrenzung sowie von Fehl- und

Unterversorgung betroffen. Salize et al. fanden hingegen in ihrer Studie eine Komorbiditätsrate von 21,6 Prozent.⁸

Übereinstimmend in allen Studien ist das Ergebnis, dass wohnungslose Menschen mit psychischer Erkrankung häufig nur eine relativ geringe aktuelle Behandlungsrate aufweisen oder gänzlich unbehandelt sind.

1.2 Beschreibung der Zielgruppe

Die jungen Volljährigen, deren Begleitung und Unterstützung im Mittelpunkt des vorliegenden Textes stehen, sind junge Menschen in sozialen Schwierigkeiten und mit gravierenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen.⁹ Wir meinen junge Frauen und Männer, die wohnungslos, in der Regel auf der Straße unterwegs sind und/oder vielfach bei Bekannten oder Freunden unterkommen. Häufig haben sie gesundheitliche Probleme und konsumieren Drogen oder andere Substanzen missbräuchlich und weisen psychische Störungen auf. Die Beziehungen zu den Herkunftsfamilien sind schwierig und konfliktbeladen und/oder auch durch Gewalt geprägt. Meist nehmen sie keine Bildungsangebote wahr und sind sowohl erwerbs- als auch einkommenslos. Viele sind überschuldet, einige stehen aufgrund von gerichtlichen Verurteilungen unter Bewährung beziehungsweise sind inhaftiert oder vorbestraft.

Die Herauslösung aus tragfähigen sozialen Netzwerken und eine fehlende Anbindung an unterstützende Hilfeangebote können zur temporären oder gar dauerhaften gesellschaftlichen Exklusion führen. Hierbei handelt es sich weniger um einen unabänderlichen Zustand, sondern vielmehr um einen Prozess der Ausgrenzung von Teilhabemöglichkeiten, der wieder hin zur sozialen Inklusion gewendet werden kann. Um wirksame Interventionen zu entwickeln, die eine solche Wendung hin zu sozialer Teilhabe ermöglichen beziehungsweise unterstützen, bedarf es eines möglichst umfassenden Verständnisses der beschriebenen Exklusionsprozesse.

6 vgl. Frietsch, R., Holbach, D. (2016): Gravierend-komplexe Problemlagen bei jungen Wohnungslosen – aktuelle Forschungsergebnisse, strukturelle und fachliche Konsequenzen. In: Gillich, S., Keicher, R. (Hg.) (2016): Suppe, Beratung, Politik – Anforderungen an eine moderne Wohnungsnotfallhilfe, S. 95–110.

7 vgl. Brönner, M., Bauer, B., Pritschel-Walz, G., Jahn, Th., Bäuml, J. (2013): Seelische Erkrankungsrate in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe im Großraum München: Die SEEWOLF-Studie. In: Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit, 1/2013, S. 65–71.

8 vgl. Salize, H.-J., Dillmann-Lange, C., Kentner-Figura, B. (2003): Alkoholabhängigkeit und somatische Komorbidität bei alleinstehenden Wohnungslosen. In: Sucht aktuell, 2, S. 52–57.

9 In diesem Papier wird nicht auf die besondere Situation von jungen Flüchtlingen, Asylsuchenden, EU-Bürgern und anderen Zuwanderern eingegangen.

1.3 Erklärungsansätze und Hintergründe

Die Ursachen, warum junge Menschen ihren Lebensmittelpunkt auf der Straße suchen beziehungsweise dort finden, sind unterschiedlich. Bei der Mehrheit der jungen Frauen und Männer kann kein einzelner Faktor als Erklärung herangezogen werden. Das gemeinsame Auftreten sowohl individueller als auch struktureller Faktoren, die sich gegenseitig verstärken können, trägt zu einer Entwicklung bei, die in weiterer Konsequenz zu Wohnungslosigkeit führen kann.

1.3.1 Individuelle Belastungen und Risiken

Die Biographien der jungen Volljährigen sind meist gekennzeichnet durch brüchige, unsichere oder sogar gewaltgeprägte Beziehungen und vor allem durch die Erfahrung, Beziehungsabbrüchen ohnmächtig ausgesetzt (gewesen) zu sein. Ihr Vertrauen in die Beziehung zu anderen Menschen ist dabei immer wieder in Frage gestellt und enttäuscht worden. So waren viele der jungen, wohnungslosen und psychisch kranken Menschen in ihren Familien einer prekären Lebenslage oder emotionaler Vernachlässigung ausgesetzt, die insbesondere mit Gewalt, Missbrauch oder Vernachlässigung einherging. Darüber hinaus können auch familiäre Suchtbelastungen oder ein eigener Suchthintergrund beziehungsweise nicht erkannte psychische Störungen zur Wohnungslosigkeit beitragen.

Weitere Aspekte können schlechte Erfahrungen mit Jugendhilfeeinrichtungen beziehungsweise mit psychiatrischen Einrichtungen sein, in denen junge Menschen gegen ihren Willen untergebracht worden sind. In der Folge suchen sie sich neue Räume, um ein selbstbestimmtes Leben führen und ihre Autonomie wahren zu können. Aufgrund von negativen Vorerfahrungen in den Herkunftsfamilien und in den Hilfesystemen besteht auf Seiten der jungen Menschen eine erhebliche Skepsis gegenüber weiteren professionellen Angeboten. Psychische Vulnerabilität beziehungsweise auch manifeste psychische Störungen können ebenfalls Auswirkungen auf die Beziehungsaufnahme und -gestaltung haben. Werden diese Auswirkungen nicht erkannt oder berücksichtigt und fehlt eine sensible Kontaktaufnahme, ziehen sich die betroffenen jungen Menschen weiter zurück und sind immer schwerer zu erreichen.

Wohnungs- und insbesondere Obdachlosigkeit bedeutet eine Gefährdung der physischen und psychischen Integrität: Kälte, Nässe, schlechter Schlaf, mangelhafte Ernährung, Angst vor Gewalt und die belastende Lebenssituation von Armut, Mangel an Unterstützung, Abwertung und Ausgrenzung beeinträchtigen die körperliche und seelische Gesundheit. In dieser Situation kann Suchtmittelkonsum dazu genutzt werden, die Belastungen der Wohnungslosigkeit erträglich zu machen. Dabei unterschätzen die Betroffenen häufig ihren Gesundheitszustand.¹⁰ Individuelle, aber auch strukturelle – das heißt administrative und finanzielle – Hürden tragen dazu bei, dass wohnungslose junge Menschen die bestehenden Angebote der gesundheitlichen Regelversorgung nicht oder in nicht ausreichendem Maße wahrnehmen (können). In der Folge werden körperliche und insbesondere psychische Erkrankungen nicht erkannt oder behandelt. Dadurch werden auch ein erschwelter Krankheitsverlauf, Chronifizierung sowie Entstehung von Mehrfacherkrankungen begünstigt.

1.3.2 Strukturelle Bedingungen

Darüber hinaus hat die zunehmende Zahl an jüngeren Menschen mit komplexen gesundheitlichen und sozialen Beeinträchtigungen auch unterschiedliche strukturelle Ursachen. Neben gesamtgesellschaftlichen Entwicklungen – wie die zunehmende soziale Polarisierung und materielle Armut (Minderjährige und junge Erwachsene weisen unter allen Altersgruppen die höchste Armutsgefährdung auf) – ist eine Zunahme an diagnostizierten psychischen Erkrankungen festzustellen, die mit materiell prekären Lebenslagen korrelieren. Hinzu kommen fehlender Wohnraum und kollabierende Wohnungsmärkte insbesondere in den Städten und Ballungszentren, was sich in steigenden Wohnungslosenzahlen widerspiegelt. Darüber hinaus stellen Bildungsbenachteiligungen ebenfalls strukturelle Hürden für die gesellschaftliche Teilhabe junger wohnungsloser Menschen dar.

Von besonderer Bedeutung sind zudem die sogenannten Hartz-IV-Gesetze, die bei jungen Erwachsenen den sozialen Ausschluss befördern und zu Exklusion führen können. So kann eine vollständige Sanktionierung der SGB-II-Leistungen unmittelbar zu Wohnungslosigkeit führen. Solche Sanktionen treffen und berücksichtigen nicht die individuelle Lebens- und Notsituation beziehungsweise Erkrankungen der jungen Menschen und stellen ein strukturelles Ausgrenzungsrisiko dar.

¹⁰ vgl. Salize, H.-J., Dillmann-Lange, C., Kentner-Figura, B., Rheinhard, I. (2006): Drohende Wohnungslosigkeit und psychische Gefährdung. In: Der Nervenarzt, 77, S. 134–135.

Schließlich sehen wir auch strukturelle Defizite in den Unterstützungssystemen. Diese sind unter anderem durch die Versäulung der sozialen Sicherungssysteme bei gleichzeitig fehlenden Regelungen zur verbindlichen, trägerübergreifenden Leistungserbringung bei komplexen Problemlagen, dem Rückzug der Jugendhilfe sowie fehlenden aufsuchenden und nachgehenden Hilfen im Gesundheitssystem und in der Eingliederungshilfe gekennzeichnet. Das Sanktionssystem im SGB II drängt junge Menschen zum Teil direkt aus dem Hilfesystem in die Wohnungslosigkeit. Die Einführung wettbewerblicher Elemente und eine einseitige Marktlogik, die angesichts des Spardrucks der öffentlichen Haushalte und der Sozialsysteme vorrangig auf die Kosten einer Leistung fokussieren, führen dazu, dass beispielsweise eher Angebote für

leichter erkrankte Menschen konzipiert werden. Menschen mit einem umfassenden Unterstützungsbedarf und mit schwierigen Lebensläufen, Menschen, die uns durch ihr Verhalten stark herausfordern oder verunsichern, Menschen, die nicht zu Einrichtungskonzepten „passen“ oder Behandlungsangebote zunächst oder auch langfristig ablehnen, Menschen, die Zeit brauchen und mit denen ungewöhnliche Wege zu gehen sind, geraten dabei leicht aus dem Blick und ins Abseits.

Der Abbau von Diensten und Einrichtungen der kommunalen Daseinsvorsorge trägt zu einer Verfestigung der beschriebenen Problemlagen bei, da Möglichkeiten der frühzeitigen und niedrigschwelligen Unterstützung oft ersatzlos wegfallen.

2. Scheitern einzelner Hilfesysteme angesichts komplexer Bedarfe und Problemlagen

Die Tatsache, dass in unserem sehr ausdifferenzierten Sozialsystem junge Menschen mit komplexen Problemlagen Rechtsansprüche nach unterschiedlichen Sozialgesetzbüchern haben, führt in der Praxis zu zeitintensiven Vorrang-/Nachrang-Klärungen. Jugendliche und junge Erwachsene, denen das institutionelle Korsett der Hilfen zur Erziehung (§ 27 ff SGB VIII) zu eng (geworden) ist oder die eine Behandlung ablehnen beziehungsweise keinen angemessenen Therapieplatz finden, und die gleichzeitig einen hohen Hilfebedarf haben, landen so in den niederschweligen Hilfen der Jugendsozialarbeit (Streetwork, Anlaufstellen für Straßenjugendliche) zumeist nach § 13 SGB VIII oder in der Wohnungsnotfallhilfe.

Die Zeitläufe der Klärung, welche Hilfe letztendlich zuständig ist und greifen kann, dauern meist länger, so dass einige der jungen Erwachsenen vorher abspringen.

Doch auch, wenn die Zuständigkeitsfrage geklärt ist, sind im weiteren Verlauf oft interdisziplinäre und hilfefeldübergreifende Lösungsansätze gefragt. Auch aufgrund von hilfesystemimmanenten Faktoren gelingt ein solches Zusammenspiel unterschiedlicher Akteurinnen und Akteure oft nicht, was zu einer Stabilisierung der prekären Lebenslagen der betroffenen Menschen beiträgt. Ziel sollte es hingegen sein, einerseits bereits bestehende prekäre individuelle Problemlagen zu überwinden und volle gesellschaftliche Teilhabe zu ermöglichen und andererseits, präventive Strukturen zu entwickeln, die ihr Entstehen zukünftig verhindern.

Im Folgenden erfolgt eine Konkretisierung und Beschreibung der Defizite der einzelnen Hilfesysteme, bevor diese im zweiten Kapitel näher beschrieben werden. Dabei ist uns bewusst, dass es vor Ort zahlreiche Kooperationsmodelle und eingespielte Verfahren guter Praxis gibt und in allen Arbeitsfeldern Beispiele für großes Engagement auf Seiten der Dienste und Einrichtungen zu finden sind. Dennoch werden in den folgenden Abschnitten idealtypisch Verläufe und Problemkonstellationen beschrieben, die zu einem Scheitern angebotener Hilfen führen können, um daraus Lösungsansätze abzuleiten.

2.1 Aus Sicht der Jugendhilfe

Viele der jungen Menschen, die die niedrigschweligen Anlaufstellen der Jugendhilfe und der Wohnungsnotfallhilfe erreichen, haben in der Vergangenheit Hilfen zur Erziehung erhalten, die zum Teil trotz weiterhin bestehenden Hilfebedarfs nicht weitergeführt wurden. Hierfür ist ein Bündel unterschiedlicher Faktoren verantwortlich: Neben der angespannten Kassenlage in vielen Kommunen sind es oft die jungen Menschen selbst, die den Anspruch auf Hilfe für junge Volljährige nicht wahrnehmen. Sie stellen keinen Antrag, weil sie „genug“ von der Jugendhilfe und deren „Reglementierungen“ haben.

Aber auch eine Selbstüberschätzung der jungen Erwachsenen begünstigt die vorzeitige Beendigung der Jugendhilfe. Oft kann die Nichtinanspruchnahme aber auch als eine Entscheidung gegen eine „defizitäre“ Selbst- und Fremdwahrnehmung interpretiert werden.

Jugendliche und junge Volljährige mit einer psychischen Verletzlichkeit, mit sich anbahnenden oder auch schon manifesten psychischen Erkrankungen bringen die Hilfesettings und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter immer wieder an deren Grenzen. Und dies umso mehr, je weniger die psychische Erkrankung mit ihren Auswirkungen erkannt und in der Hilfe ausreichend berücksichtigt wird. Das Verhalten und häufig auch der Suchtmittelkonsum der jungen Volljährigen führen dann zu einer Situation, die eine Beendigung der Hilfen mit dem achtzehnten Geburtstag wahrscheinlich macht. Oft gehen Pendelbewegungen zwischen Elternhaus, Wohngruppe, Psychiatrie und Straße dieser Entwicklung voraus. Der vielschichtige Hilfebedarf, dem von Seiten der Einrichtung nicht entsprochen werden kann, wird paradoxerweise oft zum Abschlussgrund der Hilfestellung.

Eine auch fachliche und konzeptionelle Neuausrichtung der Jugendhilfe im Hinblick auf die spezifischen Entwicklungsaufgaben junger Volljähriger ist aus unserer Sicht dringend notwendig. Darüber hinaus muss die Kinder- und Jugendhilfe noch mehr als bisher Wege finden, um mit psychischen

Störungen und Erkrankungen besser umgehen zu können.¹¹ Dazu braucht es mehr kooperative Unterstützungs- und Behandlungsmodelle zwischen der Kinder- und Jugendhilfe sowie der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Denn psychisch sehr belastete junge Menschen bedürfen besonderer Hilfe.

Neben den niederschweligen pädagogischen Arbeitsfeldern der Jugendhilfe tauchen die jungen Menschen bei den Job-Centern U25 auf. Die Rechtsgrundlage des SGB II beinhaltet jedoch einen anderen Auftrag als die Jugendhilfe: Im Vordergrund steht die Aktivierung in Ausbildung und Beruf. Für diesen Schritt bringt der genannte Personenkreis die Voraussetzungen jedoch noch nicht mit. Im besten Fall wurden örtlich gezielt Maßnahmen für sehr belastete Jugendliche entwickelt, die mit Angeboten der Jugendhilfe kooperieren. Andernfalls führen Sanktionen und ein hoher Erwartungsdruck dazu, dass junge belastete Menschen lieber gar keine Leistungen beziehen und letztendlich auch von dieser öffentlichen Stelle „abgekoppelt“ sind.

2.2 Aus Sicht der Gemeindepsychiatrie

Die Mehrheit der psychischen Störungen beginnt in der Kindheit oder im Jugendalter. Nur eine Minderheit der erkrankten jungen Menschen erhält jedoch frühzeitig eine angemessene Behandlung oder soziale Unterstützung, so dass bei einigen die unbehandelten Erkrankungen chronisch werden und es zu Beeinträchtigungen der Teilhabe kommen kann. Oft dauert es Jahre, bis eine psychische Erkrankung diagnostiziert und behandelt wird. Dies kann dazu führen, dass erst in akuten Krisensituationen ein erster Kontakt zum Hilfesystem stattfindet. Das hängt auch damit zusammen, dass es in vielen Regionen zu wenig kinder- und jugendpsychiatrische und -psychotherapeutische Angebote gibt und lange Wartezeiten bestehen. Immer wieder wird beschrieben, dass der Übergang von der Kinder- und Jugendpsychiatrie in die Erwachsenenpsychiatrie eine große Hürde bei der Inanspruchnahme weiterer Unterstützungsangebote darstellt und die starre Altersgrenze für bestimmte Gruppen kontraproduktiv ist.

Es fehlen insgesamt aufsuchende und ambulante (Komplex-) Angebote, die sich intensiv auch um jene Menschen kümmern und bemühen, die aufgrund ihrer Erkrankung nicht selbst

aktiv nach Hilfe fragen beziehungsweise die – zum Teil auch aufgrund negativer Vorerfahrungen – dem psychiatrischen Behandlungssystem ablehnend oder ambivalent gegenüberstehen. Nach wie vor fehlen Arbeitskonzepte für Menschen, die beispielsweise ihre Psychosen nicht als Krankheit verstehen und erleben, sondern deren hohe Sinnhaftigkeit für ihr eigenes Leben betonen. Da die Psychose auch als eine Lösungsmöglichkeit für verstrickte Biographien und hochkonfliktvolle Situationen verstanden werden und neue Perspektiven eröffnen kann, ist die Bereitschaft der Betroffenen, sich zu verändern oft gering. Wird diese Bereitschaft zur Veränderung zur Vorbedingung für die Hilfgewährung, findet eine Ausgrenzung durch Behandlungs- und Betreuungskonzepte in den einzelnen Diensten und Einrichtungen statt.

Auch in der Eingliederungshilfe fehlen ambulante, aufsuchende und vor allem niederschwellige Angebote mit Teams, die gegebenenfalls Menschen auf der Straße begleiten und ihre Begleitung flexibel dem sich ändernden Unterstützungsbedarf anpassen können.

Das heißt, es wird in der Psychiatrie noch zu wenig Augenmerk auf diejenigen gelegt, die vollkommen unversorgt und hilflos sind, die um ihr Überleben kämpfen und am äußersten Rande unseres sozialen Systems stehen.¹² Ein richtungweisendes Konzept für diese Personengruppe hat vor einigen Jahren Ulla Schmalz mit dem Kölner Projekt „Hotel Plus“ entwickelt, das inzwischen in anderen Regionen Nachahmer gefunden hat.¹³

Darüber hinaus fehlen in vielen Regionen spezifische Konzepte für junge Erwachsene.

Neben den beschriebenen Defiziten, die für alle jungen Menschen mit psychischen Erkrankungen gelten, werden junge Wohnungslose noch in anderen Hinsichten besonders benachteiligt. Ein gravierendes Problem für einige ist der fehlende Krankenversicherungsschutz, der aufgrund von Sanktionen im SGB II entstehen kann. An seine Stelle tritt der Schutz nach § 5 Abs. 1 Nr. 13a SGB V, der sich nur auf wenige Leistungen vor allem bei Akut- und Schmerzbehandlungen bezieht. Auf der anderen Seite ist das Regelsystem so „hochschwellig“, dass Wege zu seiner Inanspruchnahme gebahnt werden müssen.

11 vgl. hierzu „Junge Menschen an der Schnittstelle von Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe“ Empfehlungen der AGJ zur Entwicklung gemeinsamer Eckpunkte der Zusammenarbeit beider Systeme. 2015.

12 vgl. hierzu auch Klaus Nouvertné, Theo Wessel und Christian Zechert (Hg) (2002): Obdachlos und psychisch krank.

13 vgl. Ulla Schmalz (2013): Das Kölner Projekt „Hotel Plus – Psychisch Kranke Wohnungslose im Hotel“. In: Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit, Ausgabe 03, 2013, S. 190–194.

2.3 Aus Sicht der Suchthilfe

Für die Suchterkrankungen lässt sich festhalten, dass sie von allen psychischen Störungen diejenigen sind mit der geringsten Behandlungsquote. Als gravierende Probleme lassen sich folgende Aspekte nennen: Es fehlen flächendeckende Angebote für qualifizierte Entzugsbehandlungen sowie verbindliche Regelungen, um einen nahtlosen Übergang von Entzugsbehandlung zur Entwöhnung zu ermöglichen. Aber selbst, wenn sich jemand dazu entschlossen hat, eine medizinische Rehabilitation in Anspruch zu nehmen, wird diese durch die Leistungsträger nur bewilligt, wenn eine positive Prognose bei Antragstellung vorliegt. Arbeits- und Wohnungslosigkeit führen eher zu einer ungünstigen Prognose.

Nach wie vor setzen viele Angebote in der Suchthilfe eine Abstinenz voraus beziehungsweise verfolgen diese als einziges Therapieziel. Damit werden wiederum bestimmte Personen von vornherein von einer Behandlung beziehungsweise Unterstützung ausgeschlossen.

Am meisten von Fehl- und Unterversorgung betroffen sind Menschen mit Suchterkrankung und mindestens einer weiteren psychischen Störung (siehe auch 1.1).

Durch die finanziellen Probleme von Ländern, Städten, Landkreisen und Kommunen haben immer mehr ambulante Suchtfachstellen Schwierigkeiten, ihre Leistungen für die Allgemeinheit auf der Grundlage der kommunalen Daseinsvorsorge als Grundversorgung aufrechtzuerhalten und die dafür notwendige Netzwerkarbeit zu leisten.

2.4 Aus Sicht der Wohnungsnotfallhilfe

Wenn die jungen Volljährigen mit psychischen Beeinträchtigungen in der Wohnungsnotfallhilfe auftauchen, fühlen sich auch hier die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aufgrund der beschriebenen Komplexität der Problemlagen häufig an ihre Grenzen gebracht. Niedrigschwellige Hilfen stellen oft einen ersten Anlaufpunkt für wohnungslose Menschen dar. Obwohl die beschriebenen komplexen Problemlagen höchste Professionalität in diesem Helfefeld erforderlich machen, verfügen die niedrigschwelligen Hilfen in der Praxis oft nicht oder nur ungenügend über die notwendigen personellen und fachlichen Ressourcen.

Die Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten sind für den umfassenden Unterstützungsbedarf und auch für die spezifischen Themen und Entwicklungsaufgaben der jungen Volljährigen in der Regel nicht angelegt. Die notwendigen fachlichen und personellen Ressourcen fehlen häufig.

Eine weitere Problematik besteht darüber hinaus grundsätzlich, wenn in der Struktur der Wohnungsnotfallhilfe die Annahme einer mangelnden „Wohnfähigkeit“ wohnungsloser Menschen zu Grunde gelegt wird. Diese äußert sich im Aufbau des Hilfesystems, das einer sogenannten Stufen-Logik folgt. Für Nutzer und Nutzerinnen bedeutet dies, dass sie sich und ihre „Wohnfähigkeit“ gegenüber Sozialarbeitern und Behördenvertretern beweisen müssen. Deren Beurteilung ist von entscheidender Bedeutung für die Gewährung und den Verlauf von Hilfen. Dies kann erneute Ausgrenzungserfahrungen für wohnungslose Menschen bedeuten. Einen alternativen, erfolgversprechenden Ansatz stellt das Konzept Housing First dar (s.a. 4.2 Modelle guter Praxis).¹⁴

¹⁴ Vgl. Busch-Geertsema, V. (2016): Housing First für junge Erwachsene. Vortrag auf einer Tagung der Diakonie Deutschland: „Junge Menschen von 18 bis 27 Jahren zwischen den Hilfesystemen – psychisch krank, suchtkrank, wohnungslos“ und Bullermann, I., Helmchen, M., Holzinger, K. (2016): Housing First – zum Beispiel Berlin. Nicht so simpel, wie es sein sollte! In: Gillich, S., Keicher, R. (Hg.) (2016): Suppe, Beratung, Politik – Anforderungen an eine moderne Wohnungsnotfallhilfe, S. 181–188.

3. Lösungsansätze I: Kennenlernen der verschiedenen Rechtskreise und der Arbeitsfelder

In Anbetracht der komplexen Problemen junger Erwachsener mit psychischer Erkrankung in Wohnungslosigkeit kann ein umfassender Unterstützungsbedarf in unserem gegliederten Sozialsystem in der Regel nur durch ein koordiniertes Zusammenwirken aller beteiligten Leistungserbringer gedeckt werden. Die dafür notwendige Kooperation und Koordination (siehe auch Kapitel 4.1) beruht zunächst auf einer wertschätzenden Kommunikation und Informationen über die jeweiligen Arbeitsfelder. Eine genaue Kenntnis der bestehenden Rechtsansprüche ist eine weitere Voraussetzung dafür, die jungen Menschen bei der Wahrnehmung ihrer Ansprüche wirkungsvoll zu unterstützen.

Aus diesem Grund werden im weiteren zunächst die Zielsetzungen und leistungsrechtlichen Ansprüche der verschiedenen Rechtskreise (SGB VIII, SGB V, SGB VI, SGB XII in Verbindung mit SGB IX, SGB II, SGB III) dargestellt und dann die Arbeitsfelder Kinder- und Jugendhilfe, Gemeindepsychiatrie und Suchthilfe (Ansprüche nach dem SGB V, SGB VI, SGB IX und SGB XII) und Wohnungsnotfallhilfe kurz vorgestellt.

Neben den individualrechtlichen Ansprüchen gibt es in den genannten Arbeitsfeldern präventive, ambulante und sozialräumliche Angebote für die Zielgruppe, die unterschiedlichen Gesetzen/Zuständigkeiten zuzuordnen sind (wie dem SGB VIII, den öffentlichen Gesundheitsgesetzen und Aufgaben im Rahmen der kommunalen Daseinsvorsorge). Hierzu zählen unter anderem Sozialpsychiatrische Dienste, Suchtberatungsstellen sowie psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen.

3.1 Leistungsrechtliche Ansprüche nach den verschiedenen Sozialgesetzbüchern

SGB VIII – Kinder- und Jugendhilfe

Ganz bewusst beginnen wir an dieser Stelle mit dem Sozialgesetzbuch VIII, da die Diakonie Deutschland die Personengruppe, um die es in diesem Text geht, zunächst in ihrer spezifischen Lebenslage am Übergang ins Erwachsenenalter sieht. Ein Übergang, der in den letzten Jahrzehnten unsicherer, länger und fragmentierter geworden ist und in die Zuständigkeit der Jugendhilfe fällt, die damit vor neue Herausforderungen gestellt wird¹⁵.

Im Paragraph 1 SGB VIII ist normiert, dass jeder junge Mensch ein Recht auf Förderung seiner Entwicklung und auf Erziehung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit hat. Die grundlegenden Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe werden in Paragraph 1 Absatz 3 SGB VIII beschrieben. Danach soll die Kinder- und Jugendhilfe:

1. junge Menschen in ihrer individuellen und sozialen Entwicklung fördern und dazu beitragen, Benachteiligungen zu vermeiden oder abzubauen,
2. Eltern und andere Erziehungsberechtigte bei der Erziehung beraten und unterstützen,
3. Kinder und Jugendliche vor Gefahren für ihr Wohl schützen,
4. dazu beitragen, positive Lebensbedingungen für junge Menschen und ihre Familien sowie eine kinder- und familienfreundliche Umwelt zu erhalten oder zu schaffen.

¹⁵ vgl. Deutsches Jugendinstitut (2015): Entkoppelt vom System. Jugendliche am Übergang ins junge Erwachsenenalter und Herausforderungen für Jugendhilfestrukturen. Und AGJ (2014): Junge Volljährige nach der stationären Hilfe zur Erziehung.

In Paragraph 7 ist beschrieben, dass im Sinne des SGB VIII ein junger Volljähriger ist, wer 18 aber noch nicht 27 Jahre alt ist, und ein junger Mensch, wer noch nicht 27 Jahre alt ist. Im Paragraph 13 zur Jugendsozialarbeit wird geregelt, dass jungen Menschen, die zum Ausgleich sozialer Benachteiligungen oder zur Überwindung individueller Beeinträchtigungen in erhöhtem Maße auf Unterstützung angewiesen sind, sozialpädagogische Hilfen anzubieten sind (Angebote der Jugendsozialarbeit wie zum Beispiel Mobile Jugendarbeit, Anlaufstellen für Jugendliche und junge Erwachsene auf der Straße, Förderangebote im Übergang Schule-Beruf, der schulbezogenen Jugendsozialarbeit, Jugendwohnheime und anderes).

Die Hilfen umfassen sozialpädagogisch begleitete Ausbildungs- und Bildungsmaßnahmen beziehungsweise Unterkunft in begleiteten Wohnformen während schulischer oder beruflicher Bildungsmaßnahmen.

In den Paragraphen 27 ff. sind die Hilfen zur Erziehung hinterlegt, die neben der Heimunterbringung oder sonstigen betreuten Wohnformen auch die intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung umfasst, um die eigenverantwortliche Lebensführung von Jugendlichen zu unterstützen und zu ermöglichen.

Von besonderer Bedeutung für die Zielgruppe dieser Handreichung ist die Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche beziehungsweise für diejenigen Kinder und Jugendlichen, die von einer solchen Behinderung bedroht sind, die im Paragraph 35a SGB VIII geregelt ist (Jugendhilfe als Rehabilitationsträger). Für junge Volljährige ist die Hilfe in Verbindung mit dem Paragraph 41 SGB VIII zu gewähren. Diese dürfen jedoch bei der Erstantragstellung das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

Ebenfalls sehr wichtig ist die schon erwähnte Hilfe für junge Volljährige/Nachbetreuung nach Paragraph 41 SGB VIII.

„(1) Einem jungen Volljährigen soll Hilfe für die Persönlichkeitsentwicklung und zu einer eigenverantwortlichen Lebensführung gewährt werden, wenn und solange die Hilfe auf-

grund der individuellen Situation des jungen Menschen notwendig ist. Die Hilfe wird in der Regel nur bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres gewährt; in begründeten Einzelfällen soll sie für einen begrenzten Zeitraum darüber hinaus fortgesetzt werden ...

(3) Der junge Volljährige soll auch nach Beendigung der Hilfe bei der Verselbstständigung im notwendigen Umfang beraten und unterstützt werden.“

Dabei ist zu beachten, dass Hilfe für junge Volljährige auch erstmals nach Vollendung des 18. Lebensjahres einsetzt und bis maximal zum 27. Lebensjahr fortgesetzt werden kann, wenn sie im Alter von 18 bis 21 Jahren beantragt wurde.¹⁶

SGB V – Gesetzliche Krankenversicherung und SGB VI – Gesetzliche Rentenversicherung

Im SGB V sind die Leistungen der Krankenversicherung als Solidargemeinschaft mit der Aufgabe niedergelegt, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern (Paragraph 1). Voraussetzung ist allerdings ein bestehender Krankenversicherungsschutz, der trotz bestehender Versicherungspflicht nicht für alle Personengruppen eingelöst ist.¹⁷

Versicherte haben Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern (Paragraph 27). Dabei ist den besonderen Bedürfnissen psychisch Erkrankter Rechnung zu tragen, insbesondere bei der Versorgung mit Heilmitteln und bei der medizinischen Rehabilitation.

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden erbracht, um Gesundheits- und Funktionsstörungen zu behandeln, um Behinderungen, einschließlich chronischer Erkrankungen oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen oder eine Verschlimmerung zu verhüten. Im Paragraph 9 des SGB VI sind Aufgaben der Leistungen zur Teilhabe beschrieben, die die Rentenversicherung über-

¹⁶ vgl. Hessische Fachkonferenz Wohnungslosenhilfe 2010, S. 4.

¹⁷ Bei jungen Menschen, die das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, entfällt das ALG II bei wiederholter Pflichtverletzung nach §31 SGB II vollständig (§ 31a Abs. 2 Satz 2 SGB II). Ebenfalls erlischt bis zum Ende des Sanktionszeitraums der Krankenversicherungsschutz als ALG II-Bezieher. An die Stelle tritt ein reduzierter Schutz mit eingeschränkten Leistungen (s. S. 9), wenn nicht zum Beispiel die Familienversicherung greift oder eine freiwillige Krankenversicherung erfolgt.

nimmt. Diese umfassen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie ergänzende Leistungen, um den Auswirkungen einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten entgegenzuwirken. Oder um die Auswirkungen einer Krankheit zu überwinden und dadurch Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten oder ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wiederinzugliedern. Allerdings werden diese Leistungen nur bei Rehabilitationsfähigkeit und positiver Prognose erbracht.

Bei ärztlichem oder rehabilitativen Behandlungsbedarf sind folgende Leistungen relevant:

- ambulante ärztliche Behandlung sowie ambulante Richtlinienpsychotherapie (Paragraph 28)
- Ergotherapie (Heilmittel nach Paragraph 32)
- häusliche Krankenpflege für psychisch Kranke (Paragraph 37)
- ambulante Soziotherapie (Paragraph 37a)
- teil(-)stationäre Krankenhausbehandlung sowie ambulante Behandlung in Psychiatrischen Institutsambulanzen (Paragraph 39; Paragraph 118)
- ambulante oder stationäre medizinische Rehabilitation (Paragraph 40)
- Arbeitstherapie und Belastungserprobung (Paragraph 42)
- stufenweise Wiedereingliederung (Paragraph 74)
- Prävention und Patientenschulungen (Paragraph 20)

SGB XII – Sozialhilfe: Eingliederungshilfen und Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten

In den Paragraphen 53 ff SGB XII sind die Leistungen der Eingliederungshilfe¹⁸ für behinderte Menschen beschrieben, wobei der offene Leistungskatalog sicherstellen soll, dass über die explizit genannten Leistungstatbestände hinaus weitere Leistungen erbracht werden können, die der Aufgabe der Eingliederungshilfe entsprechen.

Personen, die durch eine Behinderung nach SGB IX wesentlich in ihrer Fähigkeit, an der Gesellschaft teilzuhaben, eingeschränkt oder von einer solchen wesentlichen Behinderung bedroht sind, erhalten Leistungen der Eingliederungshilfe, wenn und solange (nach der Besonderheit des Einzelfalls, insbesondere nach Art oder Schwere der Behinderung) Aussicht besteht, dass die Aufgaben der Eingliederungshilfe erfüllt werden können. Besondere Aufgabe der Eingliederungshilfe ist es, eine drohende Behinderung zu verhüten oder eine Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern und die behinderten Menschen in die Gesellschaft einzugliedern.¹⁹

In Paragraph 54 SGB XII wird darauf hingewiesen, dass die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben jeweils den Rehabilitationsleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung oder der Bundesagentur für Arbeit entsprechen.

Im Paragraph 55 SGB IX wird auf die Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft abgehoben. Diese Leistungen zur sogenannten sozialen Teilhabe sollen Menschen mit Behinderungen bei ihrer Lebensgestaltung und ihrer persönlichen Verwirklichung unterstützen. Nach Paragraph 58 SGB XII stellt der Sozialhilfeträger so frühzeitig wie möglich einen Gesamtplan zur Durchführung der einzelnen Leistungen auf und wirkt dabei mit dem Anspruchsberechtigten zusammen.

Der Hilfebedarf nach Paragraph 67 ff. SGB XII ergibt sich als eigenständiger Rechtsanspruch, soweit mit diesen Wohnungsnotfällen soziale Schwierigkeiten verbunden sind, der Bedarf

¹⁸ Zum Zeitpunkt der Erstellung dieser Handreichung läuft das Gesetzgebungsverfahren zum Bundesteilhabegesetz, das die Eingliederungshilfe weiterentwickeln und reformieren soll. Inwieweit die intendierte Personenzentrierung umgesetzt und welche Auswirkungen dies auf die Leistungserbringung für Menschen mit komplexem Hilfebedarf haben wird, soll an dieser Stelle nicht weiter erörtert werden. Der im Sommer 2016 vorliegende Kabinettsentwurf lässt aber gravierende Verschlechterungen insbesondere für diese Personengruppe befürchten.

¹⁹ In der Eingliederungshilfeverordnung von 1975 wurde festgelegt, dass Suchterkrankungen seelische Störungen sind, die eine wesentliche Einschränkung der Teilhabefähigkeit zur Folge haben können.

nicht durch andere Sozialleistungen gedeckt ist und die Überwindung der sozialen Schwierigkeiten nicht aus eigener Kraft möglich ist.

Die komplexe Problembündelung nach Paragraph 67 ff. SGB XII ergibt sich in der Verbindung besonderer Lebensverhältnisse mit sozialen Schwierigkeiten in einer gegenseitigen Bedingtheit. Die Leistungen umfassen alle Maßnahmen, die notwendig sind, um die Schwierigkeiten abzuwenden, zu beseitigen, zu mildern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten. Insbesondere sind das Beratung und persönliche Betreuung für die Leistungsberechtigten und ihre Angehörigen, Hilfen zur Ausbildung, Erlangung und Sicherung eines Arbeitsplatzes sowie Maßnahmen bei der Erhaltung und Beschaffung einer Wohnung.

Darüber hinaus gibt es für diesen Personenkreis je nach Bedarf und additiv Leistungen nach dem SGB II (Grundsicherung für Arbeitssuchende), dem SGB III (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben), dem SGB V (Gesetzliche Krankenversicherung), dem SGB VI (Gesetzliche Rentenversicherung) sowie dem SGB XI (Soziale Pflegeversicherung).

Eine Besonderheit liegt darin, dass in Fällen der persönlichen Hilfe (in -für das SGB XII- privilegierter Weise) auf den Einsatz von Einkommen und Vermögen verzichtet wird.

SGB II – Grundsicherung für Arbeitssuchende – und SGB III – Arbeitsförderung

Nach Paragraph 1 SGB II soll die Grundsicherung für Arbeitssuchende es Leistungsberechtigten ermöglichen, ein Leben zu führen, das der Würde des Menschen entspricht. Die Grundsicherung für Arbeitssuchende umfasst Leistungen zur Beendigung oder Verringerung der Hilfebedürftigkeit insbesondere durch Eingliederung in Arbeit und zur Sicherung des Lebensunterhalts.

Erwerbsfähige Leistungsberechtigte, die das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sind unverzüglich nach Antragstellung auf Leistungen nach diesem Buch in eine Ausbildung oder Arbeit zu vermitteln (Paragraph 3 SGB II).

Bei den Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes nach Paragraph 22 SGB II sind die Besonderheiten für die

Altersgruppe der unter 25-Jährigen zu beachten, wie zum Beispiel Zustimmung des Jobcenters bei Auszug aus dem Elternhaus oder Sanktionen bei sogenannten Pflichtverletzungen. Bei wiederholter Pflichtverletzung entfällt das Arbeitslosengeld II vollständig (SGB II Paragraph 31a) (siehe oben) und auch der Krankenversicherungsschutz als ALG-II-Bezieher erlischt.

Bei Leistungsansprüchen nach dem SGB III kann die Bundesagentur für Arbeit bei Hinweisen auf eine mögliche psychische Behinderung als beruflicher Rehaträger fungieren und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für Menschen mit Behinderungen anbieten.

Allgemeine Leistungen sind zum Beispiel Trainingsmaßnahmen und berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen. Einige Leistungen werden in besonderen Einrichtungen erbracht wie Berufsbildungs- und Berufsförderungswerke, Einrichtungen zur Rehabilitation psychisch Kranker (RPK) und Werkstätten für Menschen mit Behinderungen.

3.2 Das Leistungsspektrum der Kinder- und Jugendhilfe

Die Kinder- und Jugendhilfe weist ein Leistungsspektrum auf, das von der Beratung für Familien in allgemeinen Erziehungsfragen über die Förderung von Kindern in Tageseinrichtungen oder in der Kindertagespflege bis hin zu den Hilfen zur Erziehung reicht.

Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe werden einerseits durch die Jugendämter der Städte oder Landkreise erbracht und andererseits durch Träger der freien Jugendhilfe wie Initiativen, Vereine oder Stiftungen. Gewollt ist eine vielfältige Trägerlandschaft, in der unterschiedliche Wertorientierungen und vielfältige Inhalte, Methoden und Arbeitsformen angeboten werden.²⁰

3.2.1 Jugendsozialarbeit:

Jugendsozialarbeit nach SGB VIII Paragraph 13 fördert junge Menschen, die aufgrund sozialer Benachteiligungen oder individueller Beeinträchtigungen in erhöhtem Maße auf Unter-

²⁰ Zahlen aus der Kinder- und Jugendhilfestatistik zeigen die Verbreitung von Angeboten der Kinder- und Jugendhilfe auf. Die Zielgruppe der jungen Volljährigen mit psychischen und/oder mit Abhängigkeitserkrankungen in der Wohnungslosigkeit ist in den folgenden Angaben nur eine Teilmenge. Die tatsächliche Größenordnung dieser Zielgruppe ist statistisch nicht eindeutig fassbar.

stützung angewiesen sind. Die Träger der öffentlichen und freien Jugendhilfe verfügen über eine breite Palette von Angeboten. Das können mobile Angebote aufsuchender Arbeit und niederschwellige Anlaufstellen sein, Beratungsstellen für schulverweigernde oder arbeitslose Jugendliche sowie Werkstätten, deren Ziel es ist, durch „Schnupperangebote“ zur Berufsfindung beizutragen. Es können aber auch außerbetriebliche Ausbildungsplätze zur Verfügung gestellt werden. Beschäftigungsinitiativen bieten gelernten wie ungelernten Kräften Arbeits- und Qualifizierungsmaßnahmen an. Gefördert werden diese Maßnahmen vom örtlichen Jugendamt, dem Grundsicherungsträger, der Agentur für Arbeit und weiteren Zuschussgebern. Grundvoraussetzung für eine erfolgreiche Integration junger Menschen in Ausbildung und Beruf ist eine gute Zusammenarbeit von Jugendamt, Agentur für Arbeit, Jobcenter, Schulen, freien Trägern und Arbeitgebern vor Ort. Wichtig ist, dass der Jugendliche nicht an den Schnittstellen der verschiedenen Akteure „verlorengeht“, sondern koordinierte, systematisch ineinandergreifende Hilfen „aus einer Hand“ erhält.

Über die Angebote der Jugendsozialarbeit werden nach Schätzungen und Teilstatistiken jährlich bundesweit weit über 1.500.000 junge Menschen erreicht und unterstützt. Die Leistungsangebote sind sehr vielfältig. Ein sehr großer Teil der Förderung wird durch die Maßnahmen der Jugendberufshilfe abgedeckt. Statistisch werden die Angebote der Jugendsozialarbeit nur in kleinen Teilen aus der Jugendhilfe gefördert. Einem Großteil dieser Angebote liegen Finanzierungen aus dem SGB III, dem SGB II und Unterstützungsleistungen aus dem Europäischen Sozialfonds zugrunde. Insgesamt liegen für die Jugendsozialarbeit keine abgesicherten Daten vor.

3.2.2 Heime und andere betreute Wohnformen – Rechtsanspruch auf Hilfen zur Erziehung

Wenn eine dem Kindeswohl entsprechende Erziehung nicht gewährleistet ist, haben die Personensorgeberechtigten, in der Regel die Eltern, einen Rechtsanspruch auf die geeignete und notwendige Hilfe zur Erziehung (Paragraph 27). Diese Hilfen außerhalb der Herkunftsfamilie zeigen heute ein differenziertes Bild, das von Pflegefamilien (Paragraph 33) über

Heime und Wohngruppen (Paragraph 34) bis hin zu Einzelbetreuungen (Paragraph 35) reicht. Dazu gehören auch die Hilfen für junge Volljährige (Paragraph 41 SGB VIII).

„Rechtssystematisch knüpft die Konstruktion der Hilfe für junge Volljährige an die Leistungstypen Hilfe zur Erziehung (Paragraph 27 ff.) und Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche mit seelischer Behinderung (Paragraph 35a) an, stellt aber den Unterstützungsbedarf (nach Beendigung der elterlichen Erziehungsverantwortung mit dem Erreichen der Volljährigkeit) nicht mehr in den Kontext der Eltern-Kind/Jugendlicher-Beziehung, sondern bezieht ihn allgemeiner auf Schwierigkeiten bei der autonomen Lebensgestaltung des jungen Menschen, die (vor allem) mit sozialpädagogischen Leistungen bewältigt werden können.“²¹

3.2.3 Eingliederungshilfe

Kinder und Jugendliche haben Anspruch auf Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche (Paragraph 35a), wenn ihre seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für ihr Lebensalter typischen Zustand abweicht und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt oder eine solche Beeinträchtigung zu erwarten ist. Von einer seelischen Behinderung bedroht im Sinne des SGB VIII sind Kinder oder Jugendliche, bei denen eine Beeinträchtigung ihrer Teilhabe am Leben in der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist. „Auf Grund der großen Zuordnungsschwierigkeiten an der Schnittstelle seelische Behinderung/Verhaltensstörung beziehungsweise Verhaltensauffälligkeit wurde mit In-Kraft-Treten des KJHG die Zuständigkeit für die Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche in das SGB VIII übertragen. Zunächst als Unterpunkt der Hilfen zur Erziehung (ab 01.01.1991 als Paragraph 27 Absatz 4 SGB VIII), und ab April 1993 als inzwischen schon mehrfach reformierter Paragraph 35a SGB VIII. Mit dieser „kleinen Lösung“ wurde eine große Schnittstelle beseitigt, jedoch mehrere neue geschaffen, beispielsweise die zwischen seelischer und geistiger Behinderung. Der Paragraph 35a SGB VIII ist seit seiner Einführung in das SGB VIII zahlreichen Änderungen unterworfen worden.“²²

21 vgl.: R. Wiesner: Hilfen für junge Volljährige. Expertise im Projekt „Was kommt nach der stationären Erziehungshilfe? – Care Leaver in Deutschland“; IGfH-Eigenverlag, Frankfurt am Main, 2014 www.igfh.de unter Projekte/Was kommt nach der stationären Erziehungshilfe?

22 „Erarbeitung standardisierender Empfehlungen zu Paragraph 35a SGB VIII“; Handreichung zum Paragraph 35a SGB VIII; Erstellt im Rahmen der Integrierten Berichterstattung (IBN); Nds. Landesamt für Soziales, Jugend und Familie; Hannover, Mai 2012, S. 7.

Im Rahmen aller Wohnformen wurden Ende 2012 etwa 66.700 junge Menschen (in Heimen und anderen Wohnformen) betreut.

3.3 Das Leistungsspektrum des psychiatrischen Unterstützungssystems

3.3.1 Zahlen zu psychischen Erkrankungen und zur Inanspruchnahme des Behandlungs- und Versorgungssystems

Etwa jeder dritte – nach anderen Studien – jeder zweite Mensch in der Bundesrepublik Deutschland erkrankt einmal in seinem Leben an einer behandlungsdürftigen psychischen Erkrankung. Frauen sind in fast allen Alters- und Störungsgruppen häufiger betroffen. Nach der DEG Studie aus 2012²³ sind sogar 33 Prozent innerhalb eines Jahres von einer psychischen Störung betroffen (inklusive Abhängigkeitserkrankungen). Es ist davon auszugehen, dass ein bis zwei Prozent aller psychisch erkrankten Menschen schwer erkrankt und erheblich psychosozial beeinträchtigt sind. Dies sind in Deutschland circa 500.000 bis 1.000.000 Personen²⁴. Obwohl es in Deutschland in den letzten Jahren eine deutliche Zunahme an psychiatrischen Diagnosen sowie an AU-Tagen, Krankengeldzahlungen sowie Frühberentungen aufgrund psychischer Störungen gekommen ist, ist – mit Ausnahme der Demenz – eher nicht von einer tatsächlichen Zunahme psychischer Erkrankungen auszugehen.

Psychische Erkrankungen werden einerseits früher und besser diagnostiziert und Menschen wenden sich mit psychischen Erkrankungen andererseits auch eher und mehr an das Gesundheitssystem. Unbestritten hingegen ist die Tatsache, dass psychische Störungen mehr als somatische Erkrankungen mit sozial und ökonomisch schwierigen Lebenslagen korrelieren.

Auch bei Kindern und Jugendlichen ist eine Zunahme diagnostizierter psychischer Erkrankungen zu verzeichnen und

der Zusammenhang zwischen sozialer Schichtzugehörigkeit und dem Risiko, an einer psychischen Störung zu erkranken, stark ausgeprägt. Neben einem ungünstigen Familienklima stellt ein niedriger sozioökonomischer Status ein wesentliches Risiko für psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen dar.

Nach aktuellen Studien weist circa jedes fünfte Kind beziehungsweise Jugendlicher bis 18 Jahre psychische Auffälligkeiten auf,²⁵ wobei Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund und Kinder und Jugendliche in Wohnheimen ein höheres Risiko haben, zu erkranken. Nach der Ulmer Heimkinderstudie erhalten die meisten Kinder und Jugendlichen jedoch erst in Krisensituationen eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung. Die Studie zeigte auch, dass nur bei einem Teil der psychisch auffälligen Jugendlichen das Vorliegen einer psychischen Störung als Rechtsgrundlage für die stationäre Jugendhilfemaßnahme herangezogen wurde. Aktuelle Studien aus den letzten Jahren zeigen deutlich, dass immer mehr Kinder und Jugendliche Psychopharmaka verordnet bekommen.

Besorgniserregend ist die Tatsache, dass nach Salize²⁶ nur ungefähr fünf Prozent der Kinder und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten Kontakt zum Hilfesystem haben. Andere Studien gehen davon aus, dass circa die Hälfte aller Kinder und Jugendlicher, die einer Diagnostik oder Behandlung bedürfen, von der Kinder- und Jugendpsychiatrie erreicht werden.²⁷ An erster Stelle werden dabei die (psychotherapeutischen) Psychologinnen und Psychologen sowie das Jugendamt in Anspruch genommen. Damit sind Akteure identifiziert, denen für eine frühzeitige Bedarfserkennung und Anbahnung professioneller Unterstützung eine besondere Bedeutung und damit große Verantwortung zukommt.

Ebenfalls mit Sorge zu betrachten ist der Trend, dass es in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in den letzten Jahren einen Anstieg der Notfallbehandlungen und eine hohe Anzahl an Unterbringungen in geschlossenen Einrichtungen neben den Unterbringungen nach dem Psych KG gegeben hat.²⁸

23 DEGS 1 Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland. Hans-Ulrich Wittchen, Frank Jacobi (2012): Was sind die häufigsten psychischen Störungen in Deutschland.

24 Ingmar Steinhart und Günther Wienberg (2015): Mindeststandards für Behandlung und Teilhabe. Sozialpsychiatrische Informationen, 4/2015, Seite 9–15.

25 Wiederholungserhebung des Kindergesundheitssurveys des Robert Koch Instituts (KIGGS).

26 Salize, H.-J. (2014): Junge Menschen in besonderen Lebensverhältnissen zwischen den Hilfesystemen. Vortrag auf einer Tagung der Diakonie Deutschland: Junge Menschen in besonderen Lebensverhältnissen zwischen den Hilfesystemen – psychisch krank, suchtkrank, wohnungslos“.

27 Renate Schepker (2015): Entwicklung der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Folge der Psychiatrie-Enquete. In: Jürgen Armbruster et al. (2015): 40 Jahre Psychiatrie-Enquete. Blick zurück nach vorn.

28 Fegert; APK Antrag zur Situation psychisch kranker Kinder.

Nach Köttgen²⁹ stieg in Hamburg von 1998 bis 2002 die stationäre Unterbringung in Jugendpsychiatrien um 350 Prozent, während niedrigschwellige Hilfen für Kinder und Jugendliche zeitgleich abgebaut werden. Nach wie vor entscheidet die soziale Herkunft über die Hilfeart. Viele Jugendliche aus sozial schwachen Familien werden aufgrund ihres häufig delinquenten Verhaltens und der damit einhergehenden Sprachlosigkeit in der Regel nicht therapeutisch behandelt.

In Bezug auf die jungen Erwachsenen von 18 bis 34 Jahren kommt die DEG-Studie zu dem Ergebnis, dass in dieser Altersgruppe die höchste Wahrscheinlichkeit besteht, psychisch zu erkranken. Gleichzeitig hat nur ein Drittel der Betroffenen Kontakt zu Behandlungseinrichtungen, wobei die Dauer der Erkrankung und das Vorliegen weiterer Störungen es besonders nahelegen, professionelle Unterstützung in Anspruch zu nehmen.

Diese Zahlen lassen den Schluss zu, dass zu viele psychische Erkrankungen im Jugend- und jungen Erwachsenenalter nicht behandelt werden und somit drohen, einen chronischen Verlauf zu nehmen. Dies kann die Zunahme von psychisch erkrankten beziehungsweise von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen in der Eingliederungshilfe erklären.

Diese Zunahme hat in den letzten Jahren vor allem bei den ambulanten Wohnformen stattgefunden, bei denen Menschen mit einer seelischen Behinderung mit circa 70 Prozent die größte Gruppe ausmachen.³⁰

Die Rückmeldungen aus der Praxis, es würden zunehmend jüngere Menschen durch Dienste und Einrichtungen der Eingliederungshilfe begleitet, lassen sich mit den vorliegenden Zahlen weder bestätigen noch widerlegen.

3.3.2 Das Gesundheits- und Rehabilitationssystem und der öffentliche Gesundheitsdienst

Das Gesundheitssystem umfasst ambulante ärztliche Behandlung, ambulante Richtlinienpsychotherapie, Ergotherapie, häusliche Krankenpflege für psychisch Kranke, ambulante Soziotherapie, teil(-)stationäre Krankenhausbehandlung,

Behandlung in Psychiatrischen Institutsambulanzen, ambulante oder stationäre medizinische Rehabilitation, Prävention sowie Schulungen für Patientinnen und Patienten.

Ergotherapie, die wie Soziotherapie und häusliche Krankenpflege von Ärztinnen und Ärzten verordnet werden muss, unterstützt Menschen darin, ihre durch Krankheit oder Behinderung verloren gegangene oder noch nicht vorhandene Handlungsfähigkeit (wieder) herzustellen. Ziel ist das Erreichen größtmöglicher Selbstständigkeit und Unabhängigkeit im Alltags- oder Berufsleben. Von besonderer Bedeutung sind qualifizierte arbeitstherapeutische Angebote.

Soziotherapie soll Krankenhausaufenthalte beziehungsweise verkürzen und richtet sich an schwer erkrankte Menschen, die die bestehenden Behandlungsangebote oft nicht selbstständig in Anspruch nehmen (können). Bei der psychiatrischen Pflege beziehungsweise der häuslichen Pflege für psychisch Kranke geht es vor allem darum, die Beziehung der Patientin/des Patienten zu sich selbst und zu anderen wiederherzustellen, sie/ihn bei der Alltagsbewältigung je nach Hilfebedarf zu unterstützen, in Krisen zu begleiten sowie Verantwortung und Autonomie zu stärken.

Psychotherapie wird vor allem von niedergelassenen psychologischen Psychotherapeut/innen beziehungsweise Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut/innen erbracht und ist wesentlicher Bestandteil einer umfassenden Behandlung psychischer Erkrankungen. Die Krankenkassen erstatten die sogenannte Richtlinien-Psychotherapie, die derzeit drei psychotherapeutische Verfahren umfasst.

Die Sozialpsychiatrischen Dienste als Teil des öffentlichen Gesundheitsdienstes sind der am meisten verbreitete Baustein der psychosozialen Versorgung von Menschen mit psychischer Erkrankung. Sie bieten jeder Bürgerin/jedem Bürger unkompliziert Beratung und Hilfe bezüglich psychischer Erkrankungen an, beraten aufsuchend im sozialen Umfeld auch Angehörige oder Nachbarn beziehungsweise Institutionen und werden vorrangig in Krisensituationen tätig oder bei Zwangseinweisungen einbezogen. Darüber hinaus stellen sie die Vernetzung psychosozialer Dienstleistungen in der Region

29 Köttgen, C (Hg.): Ausgegrenzt und mittendrin – Jugendhilfe zwischen Erziehung, Therapie und Strafe. 2007.

30 Von 2003 bis 2010 hat bei den ambulanten Wohnformen eine Steigerung um 150 Prozent stattgefunden. Seitdem steigen die Zahlen weiter deutlich an. Laut Kennzahlenvergleich der überörtlichen Träger der Sozialhilfe aus dem Jahr 2013 haben 116.000 Menschen mit seelischer Behinderung eine ambulante Betreuung erhalten und 57.000 waren stationär untergebracht. Vergleich Kennzahlenvergleich der überörtlichen Träger der Sozialhilfe aus dem Jahr 2013.

sicher und haben schon deswegen den besten Überblick über die jeweilige Versorgungsregion. Regional gibt es Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste beziehungsweise Beratungsstellen.

Psychiatrische Institutsambulanzen haben ausdrücklich den Auftrag, sich vorrangig um diejenigen Patientinnen und Patienten zu kümmern, die durch niedergelassene Ärzte nicht oder nicht ausreichend versorgt werden beziehungsweise die selbst nicht eine Praxis aufsuchen würden oder können. Die Ambulanzen nehmen darüber hinaus die medizinische und psychosoziale Begleitung von Patientinnen und Patienten nach deren Entlassung aus der Klinik wahr.

In den psychiatrischen Kliniken findet die Behandlung akut erkrankter Menschen in Krisensituationen statt. Tageskliniken sind meistens organisatorischer Bestandteil eines psychiatrischen Krankenhauses mit einem ähnlichen Leistungsspektrum. Sie sind in der Regel an fünf Tagen in der Woche geöffnet und wie auch bei Nachtkliniken werden die bestehenden, sozialen Bezüge der Patientinnen und Patienten weniger unterbrochen als bei einer vollstationären Behandlung.

Mit dem geplanten Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (Psych VVG) soll eine sogenannte stationsäquivalente Behandlung eingeführt werden, die eine psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld durch mobile ärztlich geleitete multiprofessionelle Teams ermöglichen soll (Home-treatment).

Darüber hinaus gibt es in Deutschland ein großes Angebot an psychosomatischen Rehabilitationskliniken, die konzeptionell jedoch nicht auf Menschen mit chronisch und schwer verlaufenden psychischen Erkrankungen ausgerichtet sind.

Ein besonderes Angebot halten sogenannte RPKs (Rehabilitation für psychisch Kranke) bereit. RPK-Maßnahmen sind Komplexleistungen, die medizinische und berufseingliedernde Leistungen unter dem Dach einer Einrichtung miteinander verzahnen.

3.3.3 Eingliederungshilfen / Hilfen zur sozialen und beruflichen Teilhabe

Die sozialen Teilhabeleistungen umfassen ein breites Spektrum an unterschiedlichen Maßnahmen, die wiederum in unterschiedlichen Settings erbracht werden können. Hierzu zählen

unter anderem das ambulant betreute Wohnen oder aber das Wohnen in einem Heim, in Tagesstätten, Kontakt- und Beratungsstellen.

Die Kontakt- und Beratungsstellen sind ein offenes Angebot für alle Menschen mit psychischen Erkrankungen oder Problemen und deren Angehörige sowie andere interessierte Bürger/innen, die ohne besondere Voranmeldung genutzt werden können, um mit anderen Betroffenen, Angehörigen oder den Mitarbeiter/innen ins Gespräch zu kommen.

Unterstützende Angebote zur Teilhabe am Arbeitsleben oder beruflichen Rehabilitation finden unter anderem in beruflichen Trainingszentren, in Rehabilitationseinrichtungen, in medizinisch-beruflichen Rehabilitationseinrichtungen, in Berufsbildungs- oder Berufsförderungswerken, in Werkstätten für Menschen mit Behinderungen oder aber in Zuverdienstprojekten beziehungsweise als Unterstützte Beschäftigung statt.

3.4 Das Leistungsspektrum des Suchthilfesystems

3.4.1 Zahlen zu substanzbezogenen Störungen und zur Inanspruchnahme des Suchthilfesystems

Das Suchthilfesystem hat in den letzten Jahren in Medizin, Psychologie und Sozialer Arbeit erheblich an Bedeutung gewonnen. Dies resultiert aus einer Zunahme substanzbezogener Störungen in der Gesamtbevölkerung, wie zum Beispiel der Missbrauch und die Abhängigkeit von alkoholischen Getränken ab den frühen 1960er Jahren sowie von psychotropen Medikamenten und illegalen Drogen ab den 1970er Jahren. In einer aktuellen repräsentativen Bevölkerungsstudie fanden sich 41,6 Prozent der erwachsenen Männer und 25,6 Prozent der erwachsenen Frauen mit riskantem Alkoholkonsum, das heißt bei Männern mehr als 30 Gramm Reinalkoholkonsum und bei Frauen mehr als 20 Gramm Reinalkoholkonsum pro Tag.³¹ Nach einem aktuellen Suchtsurvey konsumieren in Deutschland, bezogen auf die letzten 30 Tage, 15,6 Prozent der Männer und 12,8 Prozent der Frauen mehr als die in Deutschland empfohlene Trinkmenge pro Tag (bei Männern 24 g, bei Frauen 12 g Reinalkohol). Die häufigste substanzübergreifende Suchtstörung ist die Kombination von Alkohol- und Tabakmissbrauch. Bei Erwachsenen mit einer Alkoholabhängigkeit finden wir diese Komorbidität in 85 Prozent aller Fälle.

³¹ vgl. Jacobi et al., 2014 Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. In: Nervenarzt 2014.85: S. 77 – 87.

In Folge der Zunahme betroffener Menschen mit einer Sucht oder Suchtgefährdung erfolgte ein erheblicher Ausbau des Suchthilfesystems. In diesem umfassenden System werden jährlich über 500.000 ambulante Betreuungen, mehr als 220.000 medizinische Akutbehandlungen (Entzug/Entgiftung) in Krankenhäusern und psychiatrischen Kliniken³² und über 50.000 Entwöhnungsbehandlungen in Fachkliniken und Fachambulanzen durchgeführt.³³

Der Prozentsatz der Nutzer der Suchthilfeangebote unter 25 Jahren (im Durchschnitt etwa 20 Jahre alt) lag in ambulanten Einrichtungen im Jahr 2010 bei etwa 20 Prozent. Im stationären Behandlungssektor betrug dieser Anteil nur zehn Prozent und war somit halb so hoch.³⁴ Hinsichtlich der Substanzproblematik steht bei den jungen Erwachsenen Cannabis im Vordergrund, gefolgt von Alkohol. Vergleiche mit Erhebungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung³⁵ zeigen, dass junge Menschen in einem relativ großen Umfang Alkohol konsumieren (12–25-Jährige: 29,9 Prozent mit regelmäßigem Alkoholkonsum in den letzten 12 Monaten). Zehn Prozent haben mindestens einmal in den letzten 12 Monaten Cannabis konsumiert. In dieser Altersgruppe bereiten besonders die Folgen des Cannabiskonsums bereits Probleme gesundheitlicher und sozialer Art, während gravierende Probleme im Zusammenhang mit Alkoholkonsum erst im höheren Alter auftreten. Viele Klienten/innen unter 25 Jahren weisen im Vergleich zu anderen Altersgruppen in hohem Maße den Konsum von Stimulanzien auf. Problematisch ist bei dieser Altersgruppe der sehr frühe Einstieg in den Substanzkonsum (bei Alkohol mit 14 Jahren). Offenbar stand bereits ein erheblicher Anteil der jungen Klienten/innen mit dem Gesetz in Konflikt, etwa 20 Prozent von ihnen wurden durch Justizbehörden in die Behandlung vermittelt.

Diese Zahlen unterstreichen die hohe Bedeutung von Beratungs- und Behandlungsansätzen, die sich gezielt an Jugendliche und junge Erwachsene wenden. Bei Beendigung der Betreuung und Behandlung in Suchthilfeeinrichtungen zeigt sich, dass etwa die Hälfte dieser Beendigungen planmäßig ist und zum überwiegenden Teil auch ein positives Ergebnis hat. Eine Weitervermittlung nach Beendigung von Betreuung und Behandlung findet im ambulanten Bereich nur zu einem

Fünftel, im stationären Bereich bei über der Hälfte der jungen Klienten/innen statt. Suchtselbsthilfegruppen spielen bei der Weitervermittlung jüngerer Klienten/innen eine eher geringere Rolle.

3.4.2 Selbsthilfe, Prävention, Beratung, Therapie und medizinische Rehabilitation

Das Suchthilfesystem besteht vor allem aus den Teilgebieten Suchtprävention, Suchtberatung und Suchttherapie. Der Arbeitsbereich Suchtprävention ist mit der Verhinderung des Auftretens von Suchtproblemen und -störungen befasst. Noch sehr selten wird auch die Prävention von psychischer Komorbidität bei jungen Menschen als Aufgabenfeld der Suchtprävention praktisch durchgeführt. Die Arbeitsbereiche Suchtberatung und Suchttherapie befassen sich mit der Veränderung von problematischem Konsum, Missbrauch und Abhängigkeit in Bezug auf Suchtmittel beziehungsweise süchtiges Verhalten.

Einen hohen Stellenwert innerhalb des Suchthilfesystems hat die Suchtselbsthilfe. Selbsthilfegruppen stellen das Rückgrat im Hilfesystem für suchtkranke Menschen in Deutschland dar und sind für gelingende Suchttherapien ein unverzichtbarer Bestandteil.

Grundsätzlich ist am Beginn einer Suchtbehandlung zu prüfen, ob eine ambulante oder stationäre Entzugsbehandlung durchgeführt werden soll. Ambulant bei niedergelassenen Fachärzten oder in Fachambulanzen, stationär in Stationen für qualifizierten Entzug in psychiatrischen Kliniken oder in Spezialabteilungen in Allgemeinkrankenhäusern. Bei schwerer Entzugssymptomatik (zum Beispiel Delirien in der Vorgeschichte) wird der stationäre Entzug durchgeführt. Ein suchtmittelmedizinisch qualifizierter Entzug im stationären Rahmen schließt eine Motivationstherapie ein und dauert in der Regel zwei bis drei Wochen. Hier ist üblicherweise eine Vermittlung in weiterführende suchtspezifische Behandlungsangebote gewährleistet, zum Beispiel in ambulante oder (teil-)stationäre Entwöhnungsbehandlungen. Die ambulante oder stationäre durchgeführte Akutbehandlung umfasst suchtmittelmedizinische und suchtpsychiatrische Maßnahmen, insbesondere die

32 vgl. Leune, J. (2014) Versorgung abhängigkeitskranker Menschen in Deutschland. In: Jahrbuch Sucht 2014 (Hg. DHS), Seite 181–202.

33 vgl. Beckmann, U., Naumann, B. (2014) Suchtrehabilitation durch die Rentenversicherung. In: Jahrbuch Sucht 2014; Seite 231–247.

34 vgl. Künzel, J., Steppan, M. & Pfeiffer-Gerschel, T. (2012). Junge Klienten in ambulanter und stationärer Suchtbehandlung. KURZBERICHT NR.1/2012. Verfügbar unter folgendem Link: www.suchthilfestatistik.de

35 Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) 2012. Verfügbar unter folgendem Link: www.bzga.de

spezifische Arzneitherapie und die Behandlung psychiatrischer Begleiterkrankungen.³⁶

Ambulante Suchtberatungsstellen sind in Deutschland flächendeckend organisiert. Bei alkoholbezogenen Störungen dauern diese Beratungen etwa sechs bis zwölf Monate. Suchtberatungsstellen machen auch spezifische Angebote für suchtmittelauffällige Teilnehmende am Straßenverkehr. Die Dauer der Störung bis zum Betreuungsbeginn ist relativ hoch und liegt im Durchschnitt bei zwölf bis 15 Jahren. Mit 41 Prozent ist ein sehr hoher Anteil bei Betreuungsbeginn arbeitslos. 16 Prozent der Betreuten haben einen Migrationshintergrund.

Dieser Teil des Suchthilfesystems ist in Deutschland von zentraler Bedeutung. Das Leistungsspektrum der Beratungsstellen umfasst: Kontaktaufnahme (Clearing, Assessment), Beratung, Betreuung (mit aufsuchenden Ansätzen), Programme zur Reduktion des Suchtmittelkonsums, zum Beispiel PEGPAK,³⁷ Psychosoziale Begleitung bei Substitutionsbehandlungen, Nachsorge (nach Beendigung einer Entwöhnungsbehandlung), Unterstützung von Selbsthilfegruppen, Prävention (Schule, Eltern und so weiter), Vernetzung und Schnittstellenarbeit (Job-Center/Arbeitsagentur, Schuldnerberatung, Kinder- und Jugendhilfe, Führerscheinstellen und so weiter) sowie Dokumentation und Statistik.

Eine zentrale Aufgabe ist die Vermittlung in eine weiterführende Suchtbehandlung (Fachambulanz, Fachklinik zur Entwöhnungsbehandlung) über die Erstellung eines Sozialberichts und weitere Vermittlungstätigkeiten. In der Nachsorge ist die Vermittlung in die Suchtselbsthilfe ein wichtiges Anliegen. Über 63 Prozent der in ambulanten Facheinrichtungen Betreuten berichten zum Betreuungsende über ein erfolgreiches oder gebessertes Betreuungsergebnis. Vor allem die Schnittstellen- und Vermittlungsarbeit ist für dieses gute Ergebnis entscheidend. Suchtselbsthilfe, niedergelassene Fachärzte und Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Psychiatrische Kliniken, Entwöhnungseinrichtungen, Altenhilfe- und Altenpflegeeinrichtungen, Job-Center und Arbeitsagenturen, Führerscheinstellen, Justizvollzugsanstalten sind hier zu nennen.

Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker mit Entwöhnungsbehandlungen bilden ein differen-

ziertes System der Suchtrehabilitation in Deutschland mit ambulanter, ganztägig ambulanter und stationärer Rehabilitation. Die Flexibilisierung und Individualisierung dieses Leistungsspektrums führt zunehmend zu Kombinationsbehandlungen als Mischungen aus (teil-)stationären und ambulanten Behandlungsphasen. Ergänzt wird dieses Spektrum durch Adaption (Phase 2 der Entwöhnungsbehandlung) und Nachsorge in den ambulanten Fachstellen am Wohnort des Rehabilitanden. Die Befähigung zur Teilhabe am Berufsleben und das Erreichen einer stabilen Abstinenz sind die zentralen Zielsetzungen von Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker.

In der stationären Reha-Behandlung gibt es die Standardtherapie mit zwölf Wochen, die Kurzzeittherapie bis zu acht Wochen, Wiederholungsbehandlung bis zu zehn Wochen, sowie die Kombihandlungen bis zu acht Wochen stationär. Diese Formen der Postakutbehandlung passen sich in ihrer Dauer und ihren Inhalten dem Rehabilitationsbedarf des jeweiligen Rehabilitanden an. Das Leistungsspektrum umfasst: Reha-Assessment, Motivationsförderung, Psychotherapie (Verhaltenstherapie, psychodynamische Therapie, klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie, Paar- und Familientherapie), Ergotherapie, Sozialtherapie und Körpertherapien.

3.4.3 Suchtspezifische Leistungen der Eingliederungshilfe

Einrichtungen des ambulanten Betreuten Wohnens und (teil-)stationäre Einrichtungen der Soziotherapie bieten differenzierte und individualisierte Unterstützungs- und Assistenzleistungen für chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitskranke (CMA) an. Betreutes Wohnen beinhaltet die Begleitung und Unterstützung der praktischen Lebensgestaltung und -bewältigung in einer Wohnung. Das Ziel dieser Hilfen ist die umfassende soziale und berufliche Teilhabe in den Bereichen Wohnen, Arbeit, Freizeit und soziale Beziehungen. Assistenz bei der Alltagsbewältigung, bei der Abstinenzsicherung und psychischen Stabilisierung, bei Konflikt- und Krisenbewältigung, bei der Freizeitgestaltung, bei Gesundheitsförderung und beim Umgang mit Behörden und Institutionen stehen dabei im Vordergrund. Diese Leistungen können in der Wohnung und im Lebensumfeld erbracht werden. Die Betreuungsdauer ist nicht begrenzt.

³⁶ vgl. Schmidt, L.G., Gastpar, M., Falkai, P., Gäbel, W. (2006). Evidenzbasierte Suchtmedizin. Behandlungsleitlinie Substanzbezogene Störungen. Deutscher Ärzte Verlag (www.awmff.de)

³⁷ vgl. Wessel, T., Westermann, H. (2002). Problematischer Alkoholkonsum. Entstehungsdynamik und Ansätze für ein psychoedukatives Schulungsprogramm.

Ein abstinenter oder kontrollierter Rahmen ist Voraussetzung, dass psychotherapeutische Methoden, Gruppentherapie, Arbeits- und Beschäftigungstherapie, Freizeitgestaltung, Sport- und Bewegungstherapie zur Anwendung kommen können. Wirksamkeitsstudien³⁸ zeigen, dass durch gezielte Assistenz und Förderung auch erheblich beeinträchtigte Menschen mit einer alkoholbezogenen Störung noch nach Jahren, weit jenseits der Spontanerholungsphase, beachtliche Verbesserungen körperlicher, seelischer, kognitiver und sozialer Kompetenzen erreichen können. In diesem Zusammenhang haben Arbeits- und Qualifizierungsmaßnahmen einen hohen Stellenwert.

3.5 Das Leistungsspektrum der Wohnungsnotfallhilfe

3.5.1 Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten

Die Entwicklung der heutigen Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten nach Paragraph 67 ff. SGB XII zieht sich in den vergangenen 150 Jahren über fünf große Etappen. Am Anfang stand die ‚Wandererfürsorge‘. Anfang der 30er Jahre des letzten Jahrhunderts entstand das psychiatrisch orientierte Theorem der Nichtsesshaftigkeit. In den 50er Jahren befasste man sich erneut auf der Theorieebene mit der ‚Nichtsesshaftenhilfe‘. Man suchte nach medizinischen Erklärungsmustern für die Nichtsesshaftigkeit. Der Paragraph 72 im Bundessozialhilfegesetz (BSHG) 1961 führte dann zur ‚Gefährdetenhilfe‘. Man deutete die Symptomatik innerhalb der Gefährdeten, die „aus Mangel an innerer Festigkeit ein geordnetes Leben in der Gemeinschaft nicht führen“ können. Mit der BSHG-Reform 1974 (und auch mit der ersten Massenarbeitslosigkeit der Nachkriegsgeschichte) kamen gesellschaftliche Ursachen ins Blickfeld. Die ‚Wohnungslosenhilfe‘ entstand. Dabei wurde die Hilfe insgesamt qualifiziert, insbesondere aber das ambulante Hilfesystem beispielsweise mit Fachberatungsstellen gefördert. Mit dem BSHG 1996 wurde die Reform von 1974 zielstrebig fortgeführt. Der neue Paragraph 67 SGB XII sah keine Kausalkette von besonderen Lebensverhältnissen zu daraus resultierenden sozialen Schwierigkeiten mehr, sondern eine sich gegenseitig bedingende Komplexsituation, in der die beiden Bereiche „verbunden sind“, wie es der Gesetzestext ausdrückt.

Aktuell wird im Hinblick auf eine Weiterentwicklung diskutiert, die Hilfen für die Zielgruppe der Frauen und Männer in besonderen Lebensverhältnissen verbunden mit sozialen Schwierigkeiten nun als Hilfen in sozialer Ausgrenzung und Wohnungsnot zu organisieren, um in dieser Form den zunehmenden Erfordernissen der präventiven Funktion und dem Teilhabegedanken gerecht zu werden.

Zielgruppe

Bereits 1987 legte der Deutsche Städtetag eine „Wohnungsnotfalltypologie“ vor und konkretisierte den hilfebedürftigen Personenkreis im Interesse einer wirksamen Prävention. Diese Wohnungsnotfalltypologie wurde im Rahmen der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. (BAG W) weiterentwickelt und bildet die Grundlage der Wohnungsnotfallhilfe, die sich insbesondere in Großstädten entwickelte.

Demnach werden fünf Haupttypen von Wohnungsnotfällen differenziert:

- aktuell von Wohnungslosigkeit betroffen (keine gesicherte Wohnung, ohne oder mit institutioneller Unterbringung),
- von Wohnungslosigkeit unmittelbar bedroht,
- in unzumutbaren Wohnverhältnissen,
- aktuell von Wohnungslosigkeit betroffene Zuwanderinnen und Zuwanderer in gesonderten Unterkünften,
- ehemals von Wohnungslosigkeit betroffen oder bedroht, mit Normalwohnraum versorgt und auf Unterstützung zur Prävention vor erneutem Wohnungsverlust angewiesen.

Zu diesen Wohnungsnotfällen kommen dann noch die Notlagen aufgrund der anderen, in der Verordnung zu Paragraph 67 ff SGB XII (VO) benannten besonderen Lebensverhältnisse: Personen aus gewaltgeprägten Lebensverhältnissen; Personen, deren Lebensgrundlage wirtschaftlich ungesichert ist; Personen vor oder nach Entlassung aus geschlossener Einrichtung; Personen mit vergleichbaren nachteiligen Lebensumständen.

Aktuelle Entwicklungen zeigen, dass die Zielgruppe der jungen Erwachsenen unter 25 Jahren und der in sozialer Ausgrenzung und Wohnungsnot lebenden Frauen stark zunimmt.

38 vgl. Steingass, H.-P., Verstege, R. (1993). Evaluation in soziotherapeutischen Einrichtungen. In: Praxis der klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 6, Seite 249–253.

Die BAG W geht in ihrer Prognose bis zum Jahr 2016 davon aus, dass die Zahl auf 380.000 wohnungslosen Menschen in Deutschland steigt.

3.5.2 Ambulante Beratungs- und Unterstützungsangebote

Eine bedeutende Rolle kommt den seit Mitte der achtziger Jahre des letzten Jahrhunderts aufgebauten ambulanten Angeboten zu, die inzwischen vom Großteil der Hilfebedürftigen in Anspruch genommen werden. In keinem anderen Hilfefeld dürfte der Grundsatz „ambulant vor stationär“ so umfangreich umgesetzt worden sein wie in der Wohnungsnotfallhilfe. Zu den Angeboten zählen insbesondere

- aufsuchende Hilfen, wie zum Beispiel Straßensozialarbeit, mobile Beratung
- die Fachberatungsstellen, die die ‚Zugangstore‘ zum Hilfesystem darstellen
- mit der Fachberatungsstelle verbundener niedrighschwelliger und qualifizierter Wohnraum zur Bedarfsermittlung, beispielsweise in Form von Aufnahmehäusern
- Tagesaufenthalte/Tagesstätten, Notschlafstellen, Einrichtungen der medizinischen Versorgung wohnungsloser Menschen, die eine niedrighschwellige Versorgung sichern und eine wichtige Kontaktebene auch für sozial isolierte Menschen bieten und
- ambulant betreute Wohnformen: Sie sind inzwischen das stärkste Angebotssegment in der Hilfe nach Paragraph 67 ff. SGB XII. Sie werden in unterschiedlichen Intensitäten und oftmals differenziert nach Zielgruppen (zum Beispiel für junge Erwachsene, Frauen oder für Leistungsberechtigte mit langanhaltendem, aber dafür weniger intensivem Unterstützungsbedarf zur Sicherung des Wohnraums) vorgehalten.

3.5.3 Stationäre Hilfeangebote

Ein Angebot an differenzierten stationären Einrichtungen der Hilfen für Menschen in besonderen Lebensverhältnissen mit sozialen Schwierigkeiten ist weiterhin erforderlich, auch wenn dem Ausbau und der Qualifizierung des ambulanten Hilfeangebots und der Schaffung von Wohnraum der Vorrang einzuräumen ist.

Sie sind erforderlich, wo ambulante Unterstützung den Bedarf nicht decken kann. Besondere Merkmale eines stationären Angebots sind die Verantwortung des Trägers, die Sicherstellung der Versorgung, eine 24-stündige Erreichbarkeit von Fachpersonal und die Schutzfunktion. Insbesondere für Personen in sozialer Ausgrenzung und Wohnungsnot mit somatischen und seelischen Beeinträchtigungen werden stationäre Angebote, oftmals auch über einen längeren Zeitraum, benötigt. Daneben werden im stationären Bereich Angebote immer bedeutsamer, die in klassischer Form des Altenheims (Pflegestufe „0“) bereitgehalten werden. Fehlende Familienstrukturen und fehlende tragfähige Beziehungen führen hier bei Menschen in sozialer Ausgrenzung und Wohnungsnot auch im Alter schnell zu Situationen, in denen der Bedarf nicht mehr ambulant gedeckt werden kann.

3.5.4 Aktuelle Entwicklungen der Wohnungsnotfallhilfe

Präventive Hilfe

Die brisante Mischung von Armut, Hoffnungslosigkeit, Mietschulden, Sucht, fehlender Arbeitsperspektive und anderem entwickelt sich vielfach hinter geschlossenen Wohnungstüren. Signale, die auf einen drohenden Wohnungsverlust hindeuten, wie Mietschulden, fristlose Kündigungen oder Räumungsklagen, dürfen nicht unbeachtet bleiben. In dieser Entwicklung sollte nicht gewartet werden, bis Menschen ihre Wohnung verloren haben, vielmehr müssen präventive Ansätze entwickelt werden, denn Obdachlosigkeit zu beseitigen ist bis zu siebenmal teurer als ihre Verhinderung. Die Empfehlung der Kommunalen Gemeinschaftsstelle für Verwaltungsmanagement (KGSt) von 1999 hat die Einrichtung von zentralen Fachstellen für die Wohnungsnotfallhilfe empfohlen, die eine sozial-, wohnungs- und ordnungspolitische Ämterbeziehungsweise Aufgabenbündelung in Stadtkreisen vorschlägt. Sie wurde bislang insbesondere in Nordrhein-Westfalen erfolgreich umgesetzt. Der Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge hat 2013 Empfehlungen zur Prävention von Wohnungslosigkeit durch Kooperation von kommunalen und freien Trägern erarbeitet und den Ansatz weiterentwickelt. Als am weitesten gehende Lösung wird diskutiert, überall dort, wo es möglich ist, trägerübergreifende (integrierte) Gesamthilfesysteme zu etablieren, in denen präventiv arbeitende kommunale Fachstellen zur Vermeidung und Behebung von Wohnungslosigkeit mit den (freiverbandlichen) Hilfen für Wohnungslose nach Paragraph 67 ff SGB XII systematisch zusammengeführt und alle relevanten Maßnahmen zwischen den Beteiligten abgestimmt und koordiniert werden.

Wohnraumschaffung, Wohnungsnotfallstatistik

Wohnraummangel stellt die gravierendste Ursache sowohl für das Entstehen von Wohnungslosigkeit als auch für das Verbleiben darin dar. Da im Bundesgebiet in vielen Regionen ein angespannter Wohnungsmarkt mit Mangel an preisgünstigem Wohnraum besteht, muss dieses Problem verstärkt angegangen werden.

Ein entscheidendes Instrument ist neben der Wiederbelebung des sozialen Mietwohnungsbaus ein kommunales Wohnraumversorgungskonzept als Fundament einer Wohnungspolitik für sozial Benachteiligte und einkommensarme Menschen, insbesondere Transferleistungsempfänger und Transferleistungsempfängerinnen. Voraussetzung dafür ist eine standardisierte Wohnungsnotfallstatistik mit planungsrelevanten Daten zu Räumungsklagen, Zwangsräumungen, Umzugsanforderungen nach SGB II und zu untergebrachten Obdachlosen.

Sozialraumorientierung, Partizipation und Empowerment

Bedeutsame fachliche Prinzipien sind Sozialraumorientierung, Partizipation und Empowerment. Sozialraumorientierte Wohnungsnotfallhilfe schafft durch ihre Öffnung in die politischen Gemeinden und Kirchengemeinden, in die Stadtteile, in Kooperation mit anderen Diensten und zivilgesellschaftlichen Akteuren Teilhabe- und Partizipationsmöglichkeiten. Sozialraumorientierung als Handlungsprinzip stärkt demokratische und selbstbestimmte Prozesse und wirkt einer Entsolidarisierung in der Gesellschaft entgegen. Als integrierender Ansatz setzt Sozialraumorientierung sowohl bei den Menschen und ihren individuellen Notlagen als auch bei den Bedingungen und Strukturen an, die diese Notlagen verursachen, verschärfen und verfestigen. Netzwerke im sozialen Raum können unterschiedliche Hilfesysteme und Ressourcentypen erschließen und zusammenführen. Sie können neue Hilfeformen schaffen, die die Betroffenen mit einbeziehen, sie zum Mitmachen und Mitreden befähigen (Konzepte der Partizipation und des Empowerment).

Hilfen für Frauen und Männer in der Wohnungsnotfallhilfe

Frauen und Männer haben in der Gesellschaft und im Privaten unterschiedliche Lebensbedingungen. Daher ist es notwendig, die Lebenssituationen von wohnungslosen Frauen und Männern aus einer geschlechtersensiblen Perspektive zu

betrachten, um damit adäquate Analysen und Schlussfolgerungen für die Entwicklung bedarfsgerechter Angebote sicherzustellen. Wohnungslose Frauen waren im Hilfefeld lange nicht sichtbar, da die Angebote der Wohnungsnotfallhilfe viele Jahre überwiegend auf die Bedarfe und Notlagen wohnungsloser Männer ausgerichtet waren. Ein Viertel der Hilfesuchenden ist inzwischen weiblich. Frauen haben einen anderen Hilfebedarf als Männer. Sie brauchen besonderen Schutz und Unterstützung in der Verarbeitung von Gewalterfahrungen, psychischen Beeinträchtigungen sowie spezifische Integrationshilfen in den Arbeitsmarkt.

Kooperative Schnittstellenlösungen

Insbesondere die Zielgruppen der jungen Erwachsenen (U25) sowie der Menschen in sozialer Ausgrenzung und Wohnungsnot mit psychischen Beeinträchtigungen/Erkrankungen und/oder Suchtproblemen stellen die Wohnungsnotfallhilfe vor immer neue Herausforderungen. Hier bedarf es einer neuen Hilfearchitektur, die die versäulten Strukturen aufbricht und für eine bedarfsgerechte Hilfeausgestaltung neue Formen der Koproduktion entwickelt.

Dabei stellt die Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten im SGB XII eine eigenständige Normierung mit entsprechenden Angeboten dar. Sie ist ausgerichtet auf die Auflösung komplexer Problembündelungen, bei denen Beeinträchtigungen sowohl durch das persönliche Verhalten als auch durch das Verhalten des Umfelds eine wesentliche Rolle spielen. Eine gelingende Hilfe muss dabei einerseits Lösungen für fehlende Teilhabemöglichkeiten arrangieren, die durch Ausgrenzung verstellt sind. Andererseits soll sie zu Verhaltensänderungen motivieren. Hierzu entwickelt sie integrierte Versorgungsstrukturen, nutzt auch Fachkenntnisse und Methoden aus anderen spezialisierten Hilfebereichen und erfüllt die erforderlichen Case-Management-Funktionen.

Dabei soll das Knowhow anderer Hilfebereiche bereits bei der Konzeptentwicklung mit dem Ziel der Vernetzungen einbezogen werden. Gelingende Übergänge führen in vorrangige Hilfen, wenn der Bedarf dort tatsächlich gedeckt wird. Inhalt zukünftiger Hilfen in besonderen sozialen Schwierigkeiten müssen ganz wesentlich kooperative Schnittstellenlösungen sein. Dabei entspricht der dargestellte Ansatz der Sichtweise des Gesetzgebers. Gemäß Paragraph 2 Absatz 3 Satz 3 der VO nach § 69 SGB XII ist bei der Umsetzung des Gesamtplans „der verbundene Einsatz der unterschiedlichen Hilfen nach dem zwölften Buch Sozialgesetzbuch und nach den anderen Leistungsgesetzen anzustreben“.

4. Lösungsansätze II: Kooperation und Weiterentwicklung der Praxis

4.1 Prinzipien gelingender Kooperation und Koordination (begleitete Übergänge)

Junge Volljährige in prekären und zum Teil desolaten Wohn- und Lebensverhältnissen und mit erheblichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen haben – wie mehrfach dargestellt – zumeist einen umfassenden Unterstützungsbedarf. In unserem gegliederten Sozialsystem bedeutet dies, dass bedarfsgerechte Hilfen nur in einem koordinierten Zusammengehen und -wirken der beteiligten Leistungserbringer zu realisieren sind. Im folgenden geht es darum darzustellen, welche Möglichkeiten diakonische Dienste und Einrichtungen haben, um jungen Menschen mit schwierigsten Biographien und unterschiedlichsten Belastungen immer wieder Räume zu eröffnen und Hilfen so anzubieten, dass konstruktive Kooperationsbeziehungen entstehen können.

Wie lassen sich verbindliche Kooperation und Koordination aller beteiligter Akteure vor Ort umsetzen, um dieser besonderen Zielgruppe gerecht zu werden, um sie bei der Wahrnehmung ihrer Ansprüche zu unterstützen und um ihr gerechte Lebenschancen zu ermöglichen?

4.1.1 Wertschätzende Kommunikation und Informationen zu den Arbeitsfeldern

Eine grundlegende Voraussetzung für gelingende Kooperationsbeziehungen ist – so banal wie es klingt – wertschätzende Kommunikation aller Beteiligten miteinander sowie die Bereitschaft zu Informationen über die jeweiligen Arbeitsfelder. Zum Teil fehlen den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den Arbeitsfeldern die Informationen über die leistungsrechtlichen Ansprüche aus anderen Sozialgesetzbüchern sowie Informationen über das ausdifferenzierte Spektrum an Unterstützungsmöglichkeiten. Aus diesem Grund sind im vorangegangenen Kapitel die Zielsetzungen und Ansprüche der verschiedenen Rechtskreise (SGB VIII, SGB V, SGB VI, SGB XII in Verbindung mit SGB IX, SGB II, SGB III) dargestellt und dann die Arbeitsfelder der Kinder- und Jugendhilfe, der Gemeindepsychiatrie

und Suchthilfe (Ansprüche nach dem SGB V, SGB VI, SGB IX und SGB XII) sowie der Wohnungsnotfallhilfe kurz vorgestellt worden.

Die in den beteiligten Arbeitsfeldern erreichte Spezialisierung und Differenzierung hat zu je eigenen Fachkulturen und -sprachen geführt, die Ausdruck unterschiedlicher Wirklichkeitskonstruktionen, Interpretationsmuster und Methoden sind. Aufgrund unterschiedlicher professioneller Selbstverständnisse sind unterschiedliche Auffassungen und daraus resultierende Konflikte in der Zusammenarbeit oft unvermeidlich. Werden andere Sichtweisen als Ansporn genommen, um in konstruktiven und gleichberechtigten Austauschprozessen zu einem umfassenderen Blick auf die jungen Erwachsenen sowie deren Problemlagen zu kommen, können die Ressourcen unterschiedlicher Systeme erschlossen und kreativ neue Lösungsansätze entwickelt werden.

In den Diskussionen und den Arbeitszusammenhängen, die zu dieser Handreichung geführt haben, gab beispielsweise die Bedeutung psychischer Erkrankungen immer wieder Anlass zu kontroversen Diskussionen. Es wurden auf der einen Seite eine immer stärkere Ausweitung des Krankheitsbegriffs problematisiert. Damit einher gehen eine größere Tendenz zu Psychiatrisierung, abnehmende Toleranz gegenüber sozialer Abweichung – die vielfach zu schnell als „krank“ etikettiert wird – sowie die oftmals verheerenden Auswirkungen gesellschaftlicher Stigmatisierung psychischer Störungen auf die Identitäts- und Persönlichkeitsentwicklung insbesondere junger Menschen. Auf der anderen Seite wurde das psychische Leiden betont, das viel zu oft und zu lange unerkannt bliebe, so dass auch keine Hilfsangebote unterbreitet werden. Seelisches Leiden kann so einen chronischen Verlauf nehmen und die jungen Menschen in vielerlei Hinsicht daran hindern, ihre Potentiale zu entfalten. Eine Diagnose bedeutet eben nicht nur Stigma oder Hoffnungslosigkeit, sondern kann auch Entlastung schaffen und Handlungsoptionen eröffnen. Wenn psychische Erkrankungen beziehungsweise deren Auswirkungen zu wenig in die Hilfen und insbesondere in die Beziehungsgestaltung einbezogen und

berücksichtigt werden, ist das professionelle „Scheitern“ vielfach vorprogrammiert.

Die jeweils anderen Arbeitsfelder zu kennen, bedeutet jedoch auch deren Grenzen zu kennen, um keine unrealistischen Erwartungen aneinander aufzubauen.

4.1.2 Verbindliche Kooperationen und Koordination vor Ort gestalten

Um eine gute Kooperation zwischen unterschiedlichen Arbeitsfeldern zu etablieren, sind vor Ort Vereinbarungen zu schließen, um bei Bedarf die unterschiedlichsten Ressourcen zusammenzuführen und sich gegenseitig in die Hilfeplanung und Behandlung einzubeziehen. Dies erfordert integrierte Hilfeansätze, was in gemeinsamen Konzepten festgelegt werden kann. Von besonderer Bedeutung für eine wirkungsvolle Unterstützung ist dabei, dass Übergänge von einem in ein anderes System immer durch eine kontinuierliche Bezugsperson zu begleiten sind (Zusammenarbeit statt „Überweisung“) und dass bestehende Vorerfahrungen und Wissen in einem Arbeitsfeld, soweit die jungen Menschen hierzu ihr Einverständnis gegeben haben, anderen Mitarbeitenden, die für weitere beziehungsweise gemeinsame Hilfen zuständig sind, zur Verfügung gestellt werden.

Solche integrierten oder modularen Ansätze lassen sich durch gegenseitiges Zur-Verfügung-Stellen von Ressourcen und Kompetenzen sowie durch multiprofessionelle Teams umsetzen. Zu denken ist beispielsweise an ambulante aufsuchende Teams aus psychiatrischen Kliniken, aus gemeindepsychiatrischen Diensten (nach SGB XII) oder auch Suchthilfeeinrichtungen, die im jeweiligen Lebensumfeld der jungen Menschen ihre Unterstützung anbieten; das heißt, ambulante Behandlung oder psychosoziale Unterstützung werden auch bei stationärer Unterbringung nach SGB VIII, in Einrichtungen der Wohnungsnotfallhilfe oder auf der Straße erbracht. Bei notwendig gewordenen Aufenthalten in psychiatrischen Kliniken kann die bisherige Unterstützung durch ambulante Jugendhilfe oder durch gemeindepsychiatrische Dienste aufrechterhalten werden. Sozialpsychiatrische Dienste beziehungsweise Suchtberatungsstellen oder Schwerpunktpraxen bieten Sprechstunden in Beratungsstellen/Einrichtungen der Wohnungsnotfallhilfe an und vieles mehr. Ein Beispiel für niederschwellige Behandlungsmöglichkeiten in der Wohnungsnotfallhilfe ist das Modellprojekt der Hamburger Schwerpunktpraxen.³⁹ Dort wurden durch Sprechstunden in ausgewählten Einrich-

tungen hausärztliche und psychiatrische Behandlungen angeboten und gleichzeitig Wege in das Regelversorgungssystem eröffnet. In einem Neuköllner Modellprojekt in Berlin, das im Sommer 2016 startet und zunächst auf ein Jahr begrenzt ist, wird eine enge und unbürokratische Kooperation zwischen einem Krankenhausträger sowie dem Träger der Eingliederungshilfe und einem Anbieter von Eingliederungshilfeleistungen und sozialer Wohnhilfen vereinbart. Durch den Sozialdienst des Krankenhauses können ohne weitere Begutachtungen durch Dritte ambulante Eingliederungshilfen beantragt werden, die in einem Erstaufnahmeheim erbracht werden. Entlassungen schwer suchtkrank Menschen auf die Straße, die aktuell immer wieder vorkommen, sollen so in Zukunft vermieden und qualifizierte umfassende Hilfen sofort sichergestellt werden.

In diesem Kontext ist auch bedeutsam, dass gemeinsam Lösungen für Zeiträume gefunden werden, in denen noch keine „Plätze“ oder ambulante Unterstützungsangebote verfügbar beziehungsweise Kostenzusagen unklar sind.

Jenseits der Zusammenarbeit im Einzelfall sind in der Region Arbeitskreise zu installieren, um den systemübergreifenden Austausch zu ermöglichen und um eine gemeinsame regionale Angebots- und Bedarfsplanung voranzubringen.

Gemeinsame Fallkonferenzen, Hilfeplanungen und exemplarische Falldarstellungen gerade auch vermeintlich „hoffnungsloser Fälle“ beispielsweise im Rahmen gemeindepsychiatrischer Verbände können die Sensibilisierung und gegenseitige Qualifizierung der Mitarbeitenden unterschiedlicher Arbeitsfelder für die besonderen Problemlagen der Personengruppe fördern. Diese gegenseitige Qualifizierung kann darüber hinaus durch gemeinsame, interdisziplinäre Supervisionen, gemeinsam organisierte Fachtagungen sowie kontinuierliche, gemeinsame Fort- und Weiterbildungen für die Profis aus den unterschiedlichen Arbeitsfeldern in den Regionen sichergestellt werden.

Eine verbindliche und nachhaltige Zusammenarbeit erfordert auch, Kosten- und Finanzierungsfragen im Vorfeld gemeinsamer Anstrengungen zu besprechen. Bei allem notwendigen, hohen persönlichen Engagement ist uns bewusst, dass eine interdisziplinäre Kooperation, die nur von idealtypischen Voraussetzungen ausgeht, leicht an ihren Ansprüchen scheitern kann. Vor diesem Hintergrund sind die jeweiligen infrastrukturellen sowie wirtschaftlichen Ausgangssituationen transpa-

³⁹ Weitere Informationen finden sich unter www.hamburg.de/obdachlosigkeit/4114052/schwerpunktpraxen-wohnungslose/.

rent zu machen und gemeinsame Finanzierungsmöglichkeiten zu entwickeln.

4.1.3 Weiterentwicklung der Angebote und der fachlichen Konzepte

Neben der Notwendigkeit einer tragfähigen Kooperation und Koordination verschiedener Arbeitsfelder und Leistungserbringer nach unterschiedlichen Sozialgesetzbüchern können die Dienste und Einrichtungen aber auch durch eine flexiblere Handhabung beziehungsweise Umsetzung der sozialrechtlichen Vorgaben bessere Antworten auf die besonderen Notlagen der jungen Erwachsenen finden. Es ist Realität, dass die im Mittelpunkt dieser Handreichung stehenden jungen Erwachsenen – auch wenn sie identischen Hilfebedarf haben – sich für unterschiedliche Hilfesysteme entscheiden. Welche Angebote von den jungen Menschen jeweils in Anspruch genommen werden – jenseits von sozialrechtlichen Zuständigkeiten – hängt auch damit zusammen, inwieweit die in den Arbeitsfeldern herrschenden Zuschreibungen und Problemdefinitionen mit der eigenen Selbstwahrnehmung und mit subjektiven Erfahrungen übereinstimmen. Um auf den Unterstützungsbedarf der Betroffenen angemessen zu reagieren, könnten auch in den Einrichtungen der Wohnungsnotfallhilfe beispielsweise Leistungen nach dem SGB V, SGB VIII oder der Eingliederungshilfe vom selben Träger angeboten werden. Genauso sollte es Mitarbeitenden der Jugendhilfe möglich sein, einem jungen Erwachsenen Leistungen der Eingliederungshilfe anzubieten, um die Betreuungskontinuität aufrechtzuerhalten, wenn die Hilfen für junge Volljährige nicht mehr greifen. Und ebenso ist denkbar, dass Mitarbeitende der Gemeindepsychiatrie Klientinnen und Klienten, die das Zugangsverfahren zur Eingliederungshilfe ablehnen, Hilfen nach Paragraph 67 anbieten, wenn diese bereit sind, persönliche Unterstützung von einem sozialpsychiatrischen Fachteam anzunehmen.

Diese Flexibilisierung auf Seiten der Leistungserbringer erfordert jedoch, dass das Personal die jeweiligen Fachkräfte umfasst, diese auch ausreichend für die Aufgaben qualifiziert und entsprechende Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen abgeschlossen werden. Beispiele für eine derartige Herangehensweise finden sich unter 4.2. bei den Modellen guter Praxis.

Ergänzend wird auf Kooperationsmöglichkeiten zwischen zwei oder mehreren Trägern/Diensten hingewiesen. So können beispielsweise in der Wohnungsnotfallhilfe Mitarbeitende eines sozialpsychiatrischen Dienstes mitarbeiten – durch Kooperationsvereinbarung (die Dienst- und Fachaufsicht

bleibt beim jeweiligen Träger/Dienst) oder durch Kooperationsvereinbarung und Personalgestellung/Arbeitnehmerüberlassung (in dem Fall geht die Dienst- und Fachaufsicht auf den Wohnungsnotfallhilfeträger über – zu beachten ist in diesen Fällen die Umsatzsteuerpflicht). Entsprechende Kooperationsmodelle kann es natürlich auch umgekehrt bei sozialpsychiatrischen Diensten, Einrichtungen/Diensten der Suchthilfe oder der Jugendhilfe geben, in denen ergänzend Mitarbeitende der Wohnungsnotfallhilfe mitarbeiten.

Die notwendige Individualisierung und Flexibilisierung von Angeboten in den verschiedenen Systemen beinhaltet auch, dass in den Arbeitsfeldern Konzepte weiterentwickelt und ausdifferenziert werden, die die Fachlichkeit für die spezifischen Entwicklungsaufgaben junger Volljähriger sowie die spezifische Fachlichkeit für die Arbeit und Beziehungsgestaltung mit jungen Menschen, die psychisch besonders verletzlich sind, integrieren. Darüber hinaus ist gesellschaftskritisch die Lebenslage der sozialen Ausgrenzung in den Blick zu nehmen. Oder mit anderen Worten: Die Sozialpsychiatrie und die Suchthilfe werden armutssensibler und öffnen sich mehr als bisher den spezifischen Jugendkulturen. Die Wohnungsnotfallhilfe reflektiert ihre Haltung gegenüber psychischem Leiden und öffnet sich gleichfalls mehr als bisher den spezifischen Jugendkulturen und die Jugendhilfe sieht sich auch in der Verantwortung gegenüber jungen psychisch kranken Erwachsenen, die von sozialer Ausgrenzung bedroht oder betroffen sind und bietet diesen haltgebende Unterstützung an.

Ziel aller Aktivitäten ist es, ausgehend von den Bedürfnissen, Zielen und Perspektiven der jungen Volljährigen, deren oft komplexe Bedarfe bestmöglich zu befriedigen. Das heißt existenzielle Bedürfnisse sind sofort sicherzustellen und Beziehungskontinuität, psychosoziale Begleitung sowie gegebenenfalls Behandlung sind zu gewährleisten.

4.2 Beispiele und Modelle guter Praxis

Diese Handreichung schließt ab mit der Darstellung von neun unterschiedlichen Beispielen und Modellen guter Praxis in der Unterstützung des Personenkreises. Die beschriebenen Angebote setzen an den Nahtstellen zwischen verschiedenen Rechtskreisen an und bieten an diesen Übergängen übergreifende Unterstützungen an oder aber sie schaffen spezifische Hilfen für junge Volljährige mit Problemlagen. Weitere Details sind über die jeweils angefügten Links zu erhalten.

Die Erfahrungen vor Ort machen dabei deutlich, dass sich ohne engagierte und starke politische Lobbyarbeit nur wenig

bewegen lässt. Wenn es aber gelingt, politisch Verantwortliche in der Kommune oder der Region für die Situation und die Ausgrenzung und Stigmatisierung (junger) wohnungsloser Menschen zu sensibilisieren, eröffnen sich Handlungsspielräume für die Erprobung und Umsetzung innovativer Konzepte.

1. Beispiel: Schlupfwinkel

Anlaufstelle für Straßenkinder, -jugendliche und junge Erwachsene

Der Schlupfwinkel kümmert sich um junge Menschen bis 21 Jahre, die ihren Lebensmittelpunkt auf der Straße haben und in ungesicherten sozialen Verhältnissen leben. Orientiert an der jeweiligen individuellen sozialen Situation und am christlichen Menschenbild, trägt der Schlupfwinkel zu einem gelingenden Leben der jungen Menschen bei. Der Schlupfwinkel versteht sich dabei auch als Anwalt der jungen Menschen zur Durchsetzung ihrer berechtigten Anliegen und Interessen.

Träger:

Caritasverband Stuttgart e.V. und die Evangelische Gesellschaft e.V. in Stuttgart

Finanzierung/gesetzliche Grundlagen

Der Schlupfwinkel ist eine niederschwellige Anlauf- und Kontaktstelle für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene auf

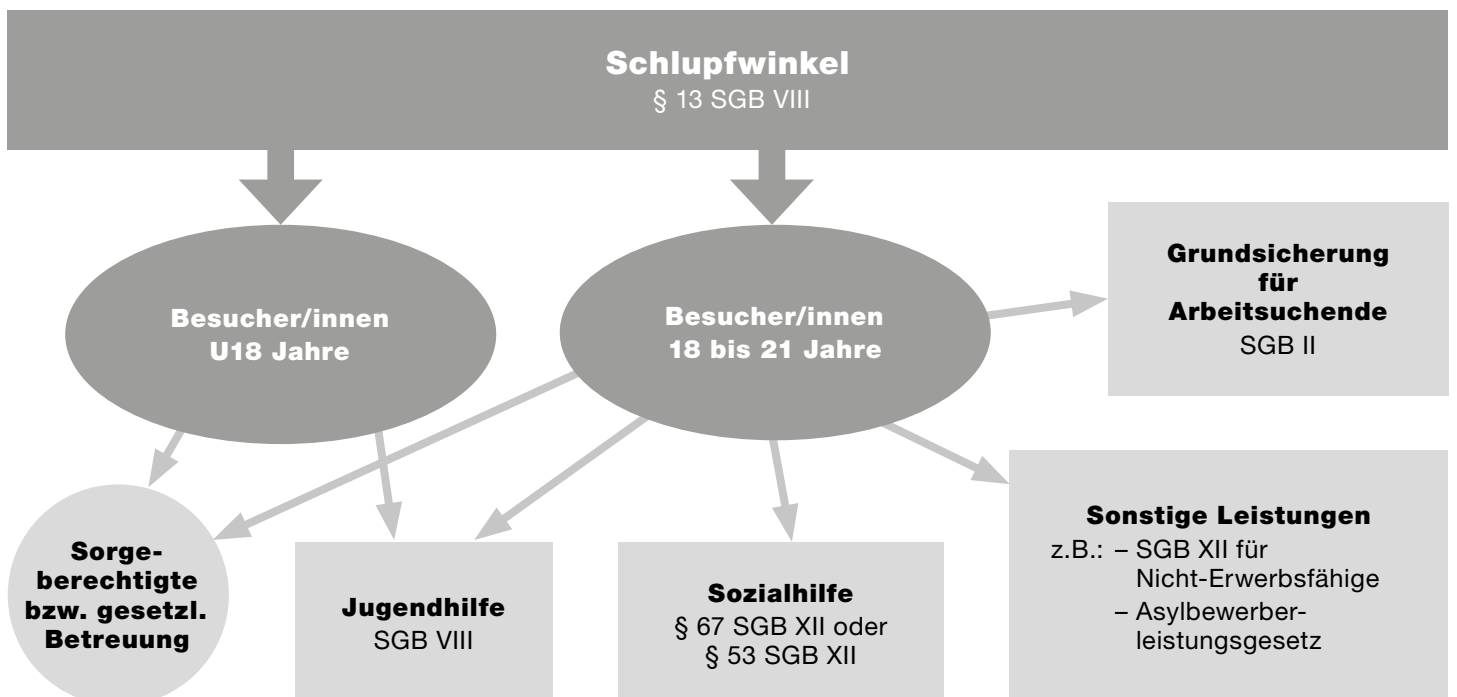
der Grundlage von Paragraph 13 des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (SGB VIII).

Der Hilfeansatz findet an der Schnittstelle zwischen Wohnungsnotfallhilfe und Jugendhilfe statt.

Zielgruppe

Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene bis 21 Jahre, die sich in Stuttgart aufhalten und ihren Lebensmittelpunkt auf der Straße haben und in ungesicherten Wohnverhältnissen leben. Die jungen Menschen sind aus unterschiedlichen Gründen aus ihren bisherigen Sozialisations- und Entwicklungsverläufen ausgeschlossen. Die Verbindung zu ihren Familien ist häufig abgebrochen (entweder von Seiten der Jugendlichen oder der Eltern).

Die Anlaufstelle wird von jungen Menschen aufgesucht, die von den Angeboten der Hilfen zur Erziehung (gemäß Paragraph 27 ff SGB VIII) und anderen sozialen Fachdiensten nicht (mehr) oder nicht ausreichend erreicht werden. Einerseits lehnen sie weitgehend den Kontakt zu diesen „etablierten Hilfeformen“ ab, andererseits wird durch das KJHG, als maßgebliche gesetzliche Grundlage, eine fast ausschließliche Orientierung der Hilfe zur Erziehung auf die Familie beziehungsweise auf die Personensorgeberechtigten als Adressaten dieser Leistung vorgegeben. Diese gesetzliche Vorgabe erschwert die Entwicklung von passenden Angeboten für



jene jungen Menschen, die ihren Lebensmittelpunkt auf der Straße haben.

Angebote

- Schutzraum: Der Schlupfwinkel bietet einen Ort, der es den Besucher/innen ermöglicht, zur Ruhe zu kommen und Schutz zu finden
- Kommunikationsraum: Der Schlupfwinkel versteht sich als ein Ort, an dem junge Menschen untereinander und mit den erwachsenen Bezugspersonen konstruktive Beziehungen aufbauen lernen
- Unmittelbare Krisenintervention zum Beispiel bei Suizidgefahr, akuten Toxikationen, Gefährdungen bei Schwangerschaft
- Existentielle Grundversorgung, wie kostenloses Frühstück, Möglichkeit zum Kochen, Duschen, Wäsche waschen und trocknen, Kleiderkammer, Sicherstellung einer Notübernachtung beziehungsweise Inobhutnahme, Zugang zu medizinischer Versorgung
- Anträge bei Behörden
- Beratung, Betreuung, Vermittlung
- Streetwork

Kontakt

www.schlupfwinkel-stuttgart.de/
www.schlupfwinkel-stuttgart.de/downloads/Konzeption_WEB.pdf

2. Beispiel: Johannes-Falk-Haus

Das Johannes-Falk-Haus in Stuttgart nimmt junge wohnungslose Menschen ab 18 Jahre auf. In einem weiteren Baustein verfügt das Johannes-Falk-Haus seit drei Jahren über ein Angebot der Jugendhilfe für sogenannte „Systemsprenger“ ab 16 Jahre.

Träger

Evangelische Gesellschaft e.V. in Stuttgart

Finanzierung/gesetzliche Grundlagen

Die gesetzlichen Grundlagen „unter einem Dach“ sind der Paragraph 67 SGB XII und die Paragraphen 34, 41 SGB VIII. Im Rahmen der Jugendhilfe können nur männliche Jugendliche und Heranwachsende aufgenommen werden. Neben den stationären Plätzen verfügt die Einrichtung über 20 Aufnahmeplätze und Notübernachtungsmöglichkeiten.

Ein Übergang von der Hilfe gemäß Paragraph 41 SGB VIII in Paragraph 67 SGB XII ist ohne Wechsel (und damit Verlust) der Bezugsperson möglich.

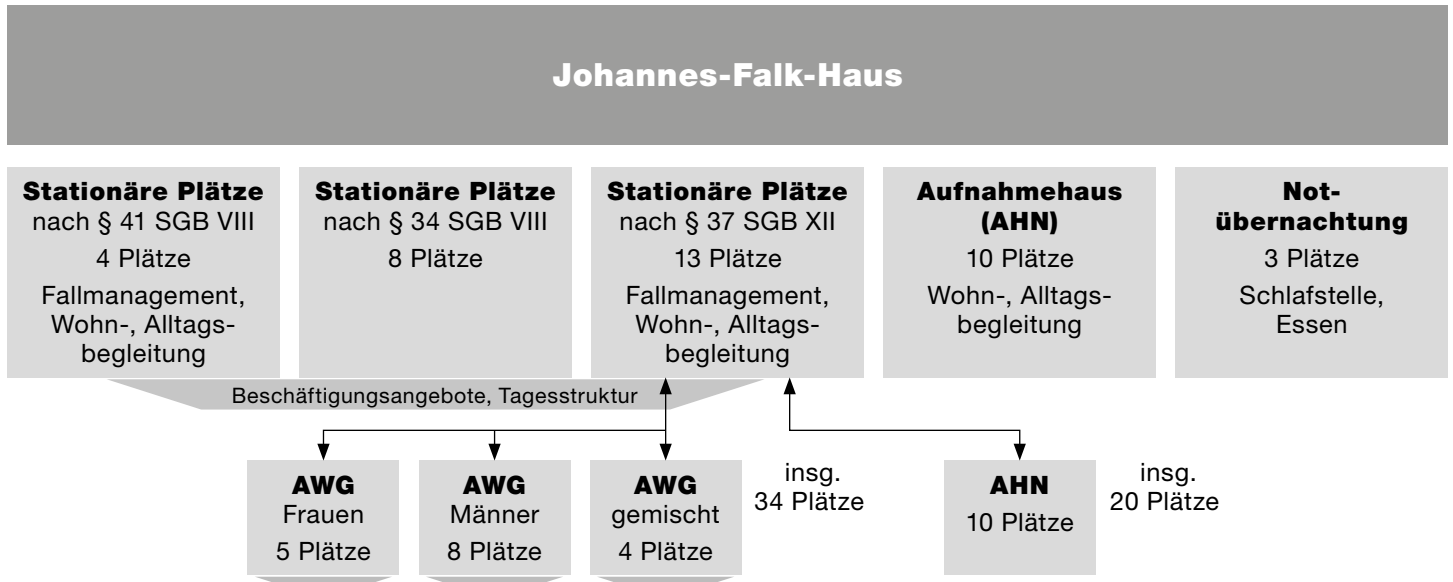
Zielgruppe

Junge Menschen mit multiplen Problemen und hohem Unterstützungsbedarf, der von bestehenden Angeboten nicht (mehr) gedeckt werden kann.

Die Gründe sind vielfältig: Die jungen Menschen zeigen erhebliche Verhaltensauffälligkeiten, leiden an Persönlichkeitsstörungen, sind langzeittraumatisiert, weisen einen problematischen Umgang mit Drogen auf, sind häufig an Vorgaben jeglicher Art gescheitert, sind bereits delinquent geworden, besitzen wenig legitime und gesellschaftlich akzeptierte Überlebensstrategien, zeigen selbstschädigendes Verhalten, verfügen über wenig lebenspraktische Erfahrungen (Hausführung, Geldeinteilung, Umgang mit Ressourcen, Gesundheit...) et cetera.

Angebote

- Beratung in den Bereichen Gesundheit und persönliche Hygiene
- Umfassende Unterstützung auf dem Weg in das selbstständige Wohnen
- Unterstützung und Beratung in finanziellen Angelegenheiten und im Umgang mit Behörden
- Motivation, sich mit eigenen Drogenproblemen und psychischen Erkrankungen auseinanderzusetzen
- Erarbeiten einer beruflichen Perspektive
- Die konzeptionelle Ausrichtung ist geprägt durch folgende Prinzipien und Vorgehensweisen:
 - Ankommen... „zur Ruhe kommen lassen“
 - Der junge Mensch muss sich vor der Aufnahme nicht auf Ziele festlegen
 - Überschaubare Regeln
 - Arbeiten mit einem definierten „Phasenmodell“: Aufmerksames und aktives Beobachten und regelmäßige Reflexion wie Fachberatung, extern begleitete Fallbesprechungen, Dokumentation durch die Mitarbeitenden



- Ableiten von Interventionen
- Vielfältiges Anregungsmilieu bieten und motivieren

Die Aktivität soll sich schrittweise von den Mitarbeitenden zu den Jugendlichen verlagern.

Aushalten und Ertragen auch bei extremen Störungen und Auffälligkeiten erfordert in Beziehung zu gehen und dem Jugendlichen zu vermitteln, dass für ihn keine ausweglose Situation entsteht.

Es gibt Grenzen und es wird umgehend auf problematisches Verhalten reagiert, aber möglichst nicht die Hilfe/die Beziehung abgebrochen. Ziel ist die Überwindung des Musters „Abbruch“.

Im Johannes-Falk-Haus gibt es seit einigen Jahren einen Beschäftigungsbereich, der ständig weiterentwickelt wird. Hier haben die Bewohner niederschweligen Zugang zu Beschäftigungsangeboten, die zu ihren Interessen passen und die sie auch leisten können. Einsatzmöglichkeiten sind unter anderem die Kreativwerkstatt, ein Tierprojekt, die Holz- und Metallwerkstatt, Hausmeister-Tätigkeiten oder die Küche. Zusätzlich gibt es weitere niederschwellige Angebote im Freizeitbereich, wie einen Fitnessraum oder gemeinsame Ausflüge sowie Beratungsangebote. Sie dienen dazu, Selbstvertrauen zu stärken und schulische sowie berufliche Perspektiven zu entwickeln. Ein offenes Angebot unterstützt die Jugendlichen dabei, sich kritisch mit ihrem Suchtverhalten auseinanderzusetzen.

Mit einigen Erfolgen coacht und vermittelt eine ebenfalls externe Fachfrau in den Bereichen Arbeit, Ausbildung und Schule.

Kontakt

www.eva-stuttgart.de/johannes-falk-haus3.html

3. Beispiel: Junge erwachsene Wohnungslose mit psychischen Auffälligkeiten in Stuttgart

Projekt des Kommunalverbands für Jugend und Soziales Baden-Württemberg (KVJS) zur Weiterentwicklung der Eingliederungs- beziehungsweise Wohnungsnotfallhilfe im Rahmen der KVJS Bausteine. Auslöser für die Entwicklung eines geeigneten Angebots für psychisch hoch belastete junge Wohnungslose war die Erfahrung, dass Hilfen gescheitert sind, weil die Klärung von Zuständigkeiten zu lange dauerte oder sie von den Betroffenen nicht angenommen werden konnten.

Träger

Projekträger ist die Landeshauptstadt Stuttgart, Sozialamt, mit der Evangelischen Gesellschaft Stuttgart e.V. als Kooperationspartner.

Projektzeitraum 2014–2015 mit anschließender Implementierung der Hilfe

Finanzierung/Gesetzliche Grundlagen

Die Zentrale Beratungsstelle junge Erwachsene (ZBSjE) ist ein Angebot der Wohnungsnotfallhilfe gemäß Paragraph 67

SGB XII für junge Menschen von 18 bis 25 Jahren. Die niederschwellige Beratungsstelle ist für die Altersgruppe der bis 21-Jährigen an der Schnittstelle zur Jugendhilfe tätig.

Das Projekt sollte niedrigschwellige Zugänge für junge, psychisch kranke wohnungslose Erwachsene in bestehende Angebote von Sozialpsychiatrie und Wohnungsnotfallhilfe erschließen und auf diese Weise eine inhaltliche Versorgungslücke innerhalb des bestehenden Platzangebots (modellhaft) schließen.

Das Setting wurde so gestaltet, dass den besonderen Bedarfen der Altersgruppe „mit sozialen Schwierigkeiten“ und der psychischen Erkrankungen/Auffälligkeiten entsprochen werden kann. Bestehende Angebote der Sozialpsychiatrie wurden mit den Angeboten der Beratungsstelle und den Wohnangeboten vernetzt und Zugänge für die Zielgruppe ermöglicht.

Zielgruppe

Ratsuchende junge wohnungslose Erwachsene (bis 25 Jahre), die psychisch krank beziehungsweise deutlich psychisch beeinträchtigt sind. Eine entsprechende Diagnose ist keine Zugangsvoraussetzung.

Mit einem niederschweligen Hilfeangebot und dem Einsatz einer sozialpsychiatrisch ausgebildeten Fachkraft ist es gelungen, mit akut wohnungslosen oder von Wohnungslosigkeit bedrohten jungen Erwachsenen, die psychisch belastet sind, über ihre Erkrankung ins Gespräch zu kommen. Den jungen Erwachsenen ermöglicht dies, die psychische Erkrankung in die Auseinandersetzung mit ihrer Gesamtsituation einzubeziehen.

Das Angebot verknüpft bestehende Angebote und Vernetzungsstrukturen der Wohnungsnotfallhilfe und der Sozialpsychiatrie und trägt so zu einer verbesserten Durchlässigkeit zwischen den beiden Hilfesystemen bei.

Die folgenden Entwicklungen wurden angestoßen:

- Für die betroffenen jungen Menschen soll so früh wie möglich eine „passgenaue“ und altersgerechte Hilfe erschlossen und dadurch einer Chronifizierung von Notlagen und psychischer Erkrankung vorgebeugt werden.
- Die Zu- und Übergänge zur Regelversorgung der Sozialpsychiatrie und des Gesundheitswesens sind erschlossen und werden genutzt.

- Sozialpsychiatrische Hilfeangebote sind ein integrierter Bestandteil der Hilfen für junge wohnungslose Erwachsene.

Das Angebot

Daraus wurde die Hilfe für junge psychisch Kranke weiterentwickelt und basiert auf drei Elementen:

1. **Zentrale Beratungsstelle junge Erwachsene:**
Eine sozialpsychiatrische Fachkraft gehört zum Team der Zentralen Beratungsstelle für junge Wohnungslose. Junge psychisch belastete Menschen, die sich zudem in prekären Situationen befinden, müssen keine weitere Stelle aufsuchen, um über ihre psychiatrischen Symptome zu sprechen. Geeignete Hilfen können auf diese Weise niederschwellig und deutlich rascher als zuvor erschlossen werden.
2. **Ambulant Betreutes Wohnen:**
Die Teams der Beratungsstelle und des Ambulant Betreuten Wohnens arbeiten eng zusammen und begleiten die jungen Menschen zum Teil in beiden Arbeitsfeldern.
Das Betreute Wohnen bietet Wohnplätze in Ein-Zimmer-Appartements auf der Grundlage von Paragraph 67 SGB XII und Paragraph 53 SGB XII an.
Auch bei einer Änderung der gesetzlichen Grundlage bleibt die/der zuständige Sozialarbeiter/in die vertraute Bezugsperson.
3. **Fallteamberatung:**
Vertreter/innen aus den drei Hilfefeldern Jugendhilfe, Wohnungsnotfallhilfe und Sozialpsychiatrie verständigen sich regelmäßig, um über diejenigen Fälle zu beraten, die nicht eindeutig einem Rechtskreis zuzuordnen sind. Für diese jungen Menschen wird die am besten geeignete Hilfe gesucht und die Zugänge werden geklärt. Im Zweifelsfall wendet die Hilfe nach Paragraph 67 SGB XII die Notlage (vorübergehend) ab.
Auf diese Weise erhalten junge Menschen ein Hilfeangebot, die bisher durch die Maschen der Systeme gefallen sind. Auf der fachlichen Ebene gewinnen sowohl die Vertreter/innen der Kostenträger als auch die Vertreter/innen der unterschiedlichen Leistungserbringer ein besseres Verständnis für diese Zielgruppe.

Diese Angebote werden neuen Erkenntnissen und Entwicklungen entsprechend regelmäßig überprüft und bei Bedarf angepasst.

Kontakt

www.eva-stuttgart.de/unsere-angebote/angebot/zentrale-beratungsstelle-fuer-junge-erwachsene/

Der Projektbericht ist abrufbar unter:
[www.kvjs.de/fileadmin/publikationen/soziales/Neue_Bau-
 steine_Whg-losenhilfe.pdf](http://www.kvjs.de/fileadmin/publikationen/soziales/Neue_Bau-

 steine_Whg-losenhilfe.pdf) – Seite 57 ff

4. Beispiel: You@tel Duisburg

Das You@tel Duisburg ist eine niedrigschwellige Einrichtung für junge, wohnungslose Frauen und Männer im Alter zwischen 16 und 25 Jahren.

Träger

Diakoniewerk Duisburg GmbH, (Fachbereich Kinder, Jugend und Familie).

Finanzierung/gesetzliche Grundlage

Die Einrichtung ist als Schnittstellenprojekt zwischen der Jugendhilfe und der Wohnungsnotfallhilfe entstanden. Nach drei Jahren der Projektphase und einer Evaluation durch die GISS Bremen wurde das You@tel als stationäre Einrichtung nach den Paragraphen 67 – 69 SGB XII und Paragraph 34 SGB VIII regelhaft in das Hilfesystem installiert.

Zielgruppe

Junge Erwachsene von 16 bis 25 Jahren, die akut von Wohnungslosigkeit bedroht oder die bereits von Wohnungslosigkeit betroffen sind. Die bisherigen Lebensumstände haben dazu geführt, dass es für die Betroffenen kein Hilfesetting mehr gibt, das ihnen in absehbarer Zeit aus ihrer prekären Lebenssituation heraushelfen könnte.

Folgende Merkmale treffen – gegebenenfalls gebündelt – auf den Personenkreis zu:

- Wohnungsnotfall
- Gravierende soziale Beeinträchtigung durch Herkunftsfamilie
- Mangel an gesicherten finanziellen Ressourcen
- Vereinsamung
- Soziale Isolation
- Milieuzugehörigkeit
- Verhaltensauffälligkeiten
- Fehlende Schulabschlüsse
- Mangelnde Ausbildung

- Kein fördernder Kontakt zur Herkunftsfamilie
- Schulden (Handy)
- Konsument weicher Drogen
- Realitätsfremde Selbstwahrnehmung
- Geringe Frustrationstoleranz
- Heimerziehungskarrieren

Zur Stabilisierung der Lebensumstände werden folgende Hilfen gegeben:

- Bereitstellung einer Unterkunft
- Motivation zur Annahme bereitgestellter Hilfen
- Psychosoziale Beratung und Betreuung
- Vermittlung in adäquate weiterführende Einrichtungen
- Soziale Wohnraumvermittlung
- Beratung und Begleitung in verschiedenen Lebensbezügen

Die Aufnahme ins You@tel erfolgt ohne Vorbehalt. Der Zugang erfolgt in der Regel bei unter 18-Jährigen über das Jugendamt, bei 18- bis 20-Jährigen über die Streetworker der Stadt Duisburg, bei den 21- bis 25-Jährigen über die Zentrale Anlauf-, Beratungs- und Vermittlungsstelle. Die Beraterinnen und Berater stellen den Hilfesuchenden das Konzept der Einrichtung vor und vermitteln sie an die Einrichtung.

Alle Bewohnerinnen und Bewohner erhalten in der Regel Geldleistungen nach dem SGB II, wenn sie über kein eigenes Einkommen verfügen.

Im Vordergrund der Hilfen steht die Verbesserung der akuten Lebenssituation im Hinblick auf zukünftige Entwicklungspotentiale. Allen Bemühungen liegt das Ziel zugrunde, bei den jungen Erwachsenen wieder Lust auf Zukunft und auf das Leben zu wecken.

Das Konzept arbeitet in drei aufeinander aufbauenden Phasen, die unter folgenden Überschriften stehen:

1. Phase: Ankommen, zur Ruhe kommen
2. Phase: Mitwirkung und Perspektivklärung
3. Phase: Stabilisierung und Anbindung an notwendige institutionelle Unterstützungsmaßnahmen.

Es findet professionelle Beratung durch Fachkräfte vor Ort statt:

- Psychologische Beratung
- Beratung in Rechtsfragen
- Beratung in Gesundheitsfragen
- Beratung bei der Gestaltung des Alltags
- Begleitung
- Krisenintervention
- Motivation und Vermittlung an Komplementärdienste
- Motivation, Kontakt zur Ursprungs-/Herkunftsfamilie aufzunehmen, um bestehende Konflikte zu lösen
- Gegebenenfalls Motivation zur Rückkehr in die Herkunftsfamilie

Im sechsten Monat erfolgt in der Regel die Entlassung. Zuvor ist das zukünftige Hilfesegment abgestimmt oder eine Wohnung gefunden.

Kontakt

www.diakoniewerk-duisburg.org/start/kinder-jugend-familie/youtel/

5. Beispiel: Otto-Riethmüller-Haus Hilfen für junge Menschen in Bielefeld

In dem Einrichtungsverbundsystem werden junge Menschen mit persönlichen und sozialen Schwierigkeiten sozialpädagogisch unterstützt. Das Ziel der vielfältigen Unterstützungsangebote ist die Förderung bei der Entwicklung zu einer eigenverantwortlichen Persönlichkeit sowie die soziale und berufliche Integration.

Träger

Stiftungsbereich Bethel.regional der von Bodelschwingschen Stiftungen Bethel.

Finanzierung/gesetzliche Grundlagen

Das ORH bietet Hilfen nach dem SGB VIII (ambulante und stationäre Jugendhilfe, Arbeit und Beschäftigung) sowie dem SGB XII (Eingliederungshilfe nach Paragraph 53 und Hilfen für Menschen in besonderen sozialen Schwierigkeiten nach Paragraph 67). Die unterschiedlichen Hilfefelder werden unter

einem „Dach“ organisiert. In allen Wohnangeboten können gleichzeitig Menschen im Rahmen der Jugendhilfe, Eingliederungshilfe und der Wohnungslosenhilfe unterstützt werden. Beziehungskontinuität bedeutet in der Einrichtung die Zusammenarbeit mit der Bezugsmitarbeiterin/dem Bezugsmitarbeiter von der Aufnahme bis zur Entlassung und im Fall eines Wechsels von der Jugendhilfe in die Eingliederungshilfe oder von stationärer zu ambulanter Betreuung.

Zielgruppe

Junge Menschen (von 17 bis 27 Jahren) mit gesundheitsgefährdendem Verhalten, Suchtmittelgebrauch, Mehrfachdiagnosen, Persönlichkeitsstörungen, Straffälligkeit, Perspektivlosigkeit, geringen Kompetenzen im Umgang mit Geld, mit Verschuldung, mit Problemen bei der Wohnraumerhaltung beziehungsweise bei Wohnungslosigkeit. Die meisten verfügen bei ihrer Aufnahme über institutionelle Vorerfahrungen.

Angebote

Die Einrichtung verfügt über dezentrale Wohnangebote und differenzierte Wohnmöglichkeiten. Die individuellen Wohnangebote bestehen aus Appartementshäusern, Wohnhäusern, Wohngruppen, Wohngemeinschaften und Einzelwohnungen. Die Hilfen werden stationär und ambulant angeboten. Im ORH werden bewusst keine zentralen Versorgungsleistungen (Gemeinschaftsverpflegung, Wäschereinigung, Haus- und Zimmerreinigung) angeboten, im Fokus der Hilfen steht die Verselbstständigung des jungen Menschen. Fast jeder Bewohner verfügt über eine eigene Küche und wird immer dort, wo es noch notwendig ist, von Mitarbeitern unterstützt. Die Hilfen- und Unterstützungsleistungen orientieren sich am individuellen Bedarf.

Circa zwei Drittel der jungen Menschen, die im ORH aufgenommen werden, haben keine berufliche Perspektive, keinen Schulabschluss, keine Berufsausbildung, auch fehlt es oft an sozialen Kompetenzen, um einer regelmäßigen Beschäftigung nachgehen zu können. Eine Hilfe, die den Fokus ausschließlich auf pädagogische Angebote legt und den Menschen keine sinnvolle Beschäftigung ermöglicht, ist häufig zum Scheitern verurteilt. Im Bereich handwerklicher Tätigkeiten, Gartenbau und Tierhaltung, Transport und Catering werden von daher Maßnahmen zur Strukturierung des Tages angeboten. Die Beschäftigungsangebote im ORH orientieren sich deutlich an der Realität und sind auf die individuellen Fähigkeiten des Einzelnen zugeschnitten. Sie dienen der Vorbereitung auf weiterführende Maßnahmen, wie Schulausbildungen oder einer beruflichen Qualifizierung.

Kontakt

[Otto-Riethmüller-Haus](#)

4.2.1 6. Beispiel: SMARTmobil 2015/2016 im BAZ Esslingen

SMARTmobil ist ein niederschwelliges Angebot an den Schnittstellen zwischen Grundsicherung, Arbeitsförderung und Jugendhilfe.

Träger

Das Berufliche Ausbildungszentrum (BAZ) Esslingen ist Teil des Berufsbildungswerks Waiblingen gGmbH der Diakonie Stetten, einer Einrichtung für Berufsvorbereitung, Ausbildung und Weiterbildung.

Finanzierung/gesetzliche Grundlagen

Auftraggeber und Kostenträger sind in der Regel die Bundesagentur für Arbeit (SGB III) und das Jobcenter Landkreis Esslingen (SGB II).

Zielgruppe

Junge Menschen unter 30 Jahren, die aufgrund ihrer bisherigen Lebenssituation die regelmäßige und verbindliche Teilhabe an institutionalisierten Hilfsmaßnahmen nicht durchgehalten haben wie zum Beispiel den regelmäßigen Schulbesuch, den ständigen Kontakt zum Jobcenter, eine längere Arbeitstätigkeit oder eine Ausbildung. Außerdem nehmen junge Erwachsene, deren Biographie durch besondere soziale Schwierigkeiten geprägt ist, wie zum Beispiel Straffälligkeit, Wohnungslosigkeit und anderes, teil.

Angebote

Ziel ist es, durch lebenspraktische Hilfe beziehungsweise Unterstützung schrittweise die Hemmnisse, die die jungen Menschen belasten, zu beseitigen. Zuerst geschieht dies durch eine Stabilisierung des Alltags und der Lebensverhältnisse. Bei Bedarf steht der Psychologische Fachdienst des Berufsausbildungszentrum (BAZ) Esslingen unterstützend zur Seite. In einem nächsten Schritt erfolgen die berufliche Orientierung und die Heranführung an den Ausbildungs- und Arbeitsmarkt. Im Rahmen von kulturellen und erlebnispädagogischen Aktivitäten können die Teilnehmer/innen eine autonome, (selbst-) verantwortliche und sozial kompetente Persönlichkeit entwickeln und ihr Selbstbewusstsein steigern.

Bei unregelmäßigem Erscheinen besteht die Möglichkeit, die Teilnehmerinnen und Teilnehmer in ihrem Umfeld aufzusuchen. Auch die virtuell aufsuchende Sozialarbeit über die Plattform facebook wird genutzt, um den Kontakt zu den Teilnehmern zu pflegen, da ein Großteil der Kommunikation und des sozialen Handelns der Zielgruppe im virtuellen Raum stattfindet. Durch regelmäßige Hausbesuche können sich die Coaches ein

Bild von der derzeitigen Lage machen und so gezielt auf eine Vielzahl der hemmenden, aber auch fördernden Faktoren einwirken. Auch bei wichtigen Terminen (Gericht, Job-Center, Schule und so weiter) werden die jungen Erwachsenen auf Wunsch begleitet. Zusätzlich zu den genannten Kontaktformen gibt es einen Präsenztage in der Woche, an dem Werkstattunterricht oder sozialpädagogische Gruppenarbeit stattfindet.

Die praktische Heranführung an den Arbeitsmarkt geschieht durch intensive Berufs- und Ausbildungsorientierung in multifunktionalen Werkstätten, wo die Teilnehmerinnen und Teilnehmer Unterricht in den Berufsfeldern Hauswirtschaft und Dienstleistung, Umgang mit Holz, Metall und Farbe sowie Lagerlogistik bekommen. Bei Interesse beziehungsweise bei Bedarf besteht außerdem die Möglichkeit, EDV-Unterricht und Unterricht in Deutsch als Fremdsprache zu bekommen.

Kontakt

<https://baz-esslingen.diakonie-stetten.de/das-baz-esslingen.html>

7. Beispiel: CJD-Niedermühle

Die Niedermühle dient der sozialen und beruflichen Eingliederung junger Menschen mit Suchtproblemen.

Träger

CJD (Christliches Jugenddorfwerk Deutschland) Jugenddorf Rheinland-Pfalz/Mitte

Finanzierung/Gesetzliche Grundlagen

Die Maßnahmen werden je nach Einzelfall über SGB VIII Paragraphen 34, 35a und 41 oder SGB XII Paragraphen 53 ff und 67 ff finanziert.

Zielgruppe

Junge Männer und Frauen im Alter von etwa 14 bis 21 Jahren, die abhängig oder stark gefährdet sind durch illegale Drogen aller Art, Alkohol und Medikamente und solche, die Persönlichkeits- und/oder Verhaltensstörungen aufweisen (einschließlich psychiatrischer Störungsbilder). Die jungen Menschen können mit oder ohne Schulabschluss aus allen Schultypen sein. Wichtigstes Aufnahmekriterium ist die Bereitschaft des jungen Menschen, sein bisheriges Leben zu ändern, abstinenz zu leben und aktiv an der Entwicklung einer realistischen Lebensperspektive mitzuarbeiten.

Angebote

In der suchtpreventiven Arbeit der Niedermühle werden pädagogische und therapeutische Maßnahmen kombiniert.

Zentrale Elemente sind:

- Sozialtherapeutisches Milieu
- Schulische Förderung
- Berufliche Orientierung
- Berufsausbildung
- Therapeutische Angebote
- Freizeitpädagogik

Kontakt

www.cjd-rheinland-pfalz-mitte.de/

8. Beispiel: Home support – Unterstützung für Dein Zuhause

Bei diesem Modellprojekt handelt es sich um die Umsetzung des Housing First Konzepts für junge Erwachsene. Housing First, ein Ansatz aus der Wohnungsnotfallhilfe in den USA, bedeutet, dass die Klientinnen und Klienten als erstes eine eigene Wohnung bekommen und sich nicht erst auf verschiedenen Stufen (Tagesstätte, Notunterkunft, Wohnunterkunft, Probewohnen) bewähren müssen. Gleichzeitig wird eine vielfältige multiprofessionelle und auf die persönlichen Bedarfe abgestimmte Unterstützung angeboten. Ob und wann diese Unterstützung angenommen wird, entscheiden die Klientinnen und Klienten.

Träger

Ev. Stiftung der Bodelschwingh-Gemeinde in Hamburg

Finanzierung/Gesetzliche Grundlage

Das Projekt wird zurzeit aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds (ESF) und der Stadt Hamburg kofinanziert. Ausgangslage war der Wohnungsmangel in Hamburg, der unter anderem auch dazu führte, dass viele Jugendliche, die zuvor eine Hilfe zur Erziehung erhalten hatten, nur deshalb die Einrichtung nicht verlassen konnten, da sie keinen eigenen Wohnraum fanden. Gleichzeitig verweist die aktuelle „Care-Leaver“-Debatte auf die Notwendigkeit, junge Erwachsene beim Schritt

ins „echte Leben“ noch ein Stück zu begleiten. Da in dieser Übergangsphase immer wieder auch unerwartete Probleme oder Rückschläge auftauchen können und die jungen Erwachsenen weniger über stabile private Netzwerke und materielle Ressourcen verfügen, sind weitere Betreuungsmöglichkeiten unerlässlich.⁴⁰

Zielgruppe

Das Projekt sollte zunächst jungen Menschen Unterstützung anbieten, die in eine eigene Wohnung nach diesem Programm ziehen. Da allerdings bis 2016 noch keine Wohnungen nach diesem Programm fertiggestellt werden konnten, wurde die ursprüngliche Zielgruppe erweitert.

Inzwischen kann Home support auch junge Menschen begleiten und betreuen, die innerhalb der letzten 12 Monate in einen eigenen Wohnraum gezogen und nicht älter als 21 Jahre sind und vorher

- von der Jugendhilfe betreut wurden
- durch ein Jugend-Aktiv-plus-Projekt betreut werden
- als junge Eltern oder als Schwangere aus einer gemeinsamen Wohnform (SGB VIII) kommen.

Angebote

Es geht zunächst darum, die Existenz zu sichern durch den Erhalt der Wohnung beziehungsweise durch Vermeidung des Wohnungsverlusts und durch Unterstützung beim Umgang mit Behörden. Vielfach bestehen gravierende finanzielle Probleme beziehungsweise sind der Aufenthaltsstatus und die damit zusammenhängenden rechtlichen Regelungen unklar.

Bei vielen jungen Menschen geht es angesichts der komplexen Problemlagen darum, sich gemeinsam einen Überblick zu verschaffen, um sich dann der Lösung eines ersten Problems zuzuwenden und so kleine „Erfolge“ zu ermöglichen.

Circa ein Drittel der Teilnehmenden hat gesundheitliche Probleme, zu denen neben körperlichen Erkrankungen auch unklare psychische Erkrankungen und Belastungsreaktionen, aber auch diagnostizierte Depressionen, Suchterkrankungen, Angst- und Borderline-Störungen gehören. In diesen Fällen

⁴⁰ vgl. zur weiteren Darstellung des Projekts und seiner Hintergründe Olaf Sobczak: Gelingende Übergänge – von der Jugendhilfe in die Selbstständigkeit. In: Forum für Kinder- und Jugendarbeit 1/2016 und Miriam Bunjes (2015): Zuerst eine Bleibe. Wie Obdachlose ohne jede Vorbedingung eine Wohnung bekommen. epd, Nr. 250.

wird durch stabilisierende Gespräche Entlastung geschaffen und gegebenenfalls eine Weitervermittlung zu weiteren Hilfeangeboten initiiert.

Kontakt

www.homesupport-hamburg.de/

9. Beispiel: Café unplugged

Das Beratungscafé in der Mainzer Neustadt ist offen für alle zwischen 16 und 27 Jahre, die sich in einer schwierigen Lebenssituation befinden. Café unplugged ist ein Ort, an dem junge Menschen einfach sein können und anderen jungen Leuten begegnen, die sich in einer ähnlichen Lebenssituation befinden.

Träger

Gesellschaft für psychosoziale Einrichtungen (gpe)

Finanzierung/gesetzliche Grundlagen

Das kostenlose Beratungsangebot wird über Spenden finanziert. Gefördert wird das Café durch die Landeshauptstadt Mainz sowie die GlücksSpirale.

Zielgruppe

Das Angebot richtet sich an junge Erwachsene (16 bis 27 Jahre), die Erfahrungen mit oder Fragen zu psychischen Problemen und Erkrankungen haben.

Angebote

Neben der kostenlosen Beratung gibt es jede Woche ein wechselndes Programm an Freizeitmöglichkeiten. Dies sind zum Beispiel Gesprächsrunden zu Themen der psychischen Gesundheit, entspanntes Beisammensein, gemeinsames

Kochen, Spielen, Basteln oder Sporttreiben. Darüber hinaus bietet Café unplugged individuelle Hilfe an.

Im Rahmen der psychosozialen Einzelbetreuung steht eine feste Bezugsperson zur Verfügung, die in verschiedenen Lebensbereichen unterstützen kann:

- Persönlichkeitsentwicklung
- Soziale Beziehungen/Partnerschaft
- Familie
- Wohnen und Selbstversorgung
- Schule, Ausbildung und Beruf
- Freizeitgestaltung
- Umgang mit der Erkrankung
- Suchtberatung
- Koordination von Hilfen
- Kooperation mit anderen Diensten

Café unplugged ist auch offen für Angehörige, Freunde und Partner – und bietet umfangreiche Möglichkeiten der Information und Beratung.

Kontakt

www.unplugged-mainz.de/

An diesem Diakonie Text haben mitgewirkt:

Georg Döge,
Otto-Riethmüller-Haus, Bethel

Sabine Henniger,
Evangelische Gesellschaft Stuttgart, e.V.

Rolf Keicher,
Diakonie Deutschland Evangelischer Bundesverband

Martin Maier,
Diakonisches Werk der evangelischen Kirche in Württemberg

Dr. Katharina Ratzke,
Diakonie Deutschland Evangelischer Bundesverband

Marie-Therese Reichenbach,
Diakonie Deutschland Evangelischer Bundesverband

Hans-E. Steimle,
BAG Evangelische Jugendsozialarbeit

Dr. Theo Wessel,
Gesamtverband für Suchthilfe

Leitung:

Dr. Katharina Ratzke,
Diakonie Deutschland Evangelischer Bundesverband

Notizen

Notizen

Auszug Diakonie Texte 2014/2015/2016

- 06.2016 Pflegestatistik zum 15. 12. 2013
- 05.2016 Kirche und Diakonie in der Nachbarschaft – Neue Allianzen im ländlichen Raum
- 04.2016 Soziales Unternehmertum und aktuelle Tendenzen am Sozialmarkt – Ein Diskussionspapier für die Diakonie in Deutschland
- 03.2016 Verlässlicher Ganztag – Ein Plädoyer für ganzheitliche Bildung und Erziehung
- 02.2016 Medizinische Rehabilitation von chronisch psychisch erkrankten Menschen – Diakonische Positionen zur medizinisch-rehabilitativen Weiterentwicklung der Gemeindepsychiatrie
- 01.2016 Junge Menschen (18 bis 27 Jahre) zwischen den Hilfesystemen – psychisch krank, suchtkrank, wohnungslos
Vorschläge zu einer umfassenden Unterstützung, Begleitung und Behandlung
- 06.2015 Einrichtungsstatistik – Regional zum 1. Januar 2014
05.2015 Zehn Jahre Hartz IV – zehn Thesen der Diakonie
Menschenwürde und soziale Teilhabe in der Grundsicherung verwirklichen
- 04.2015 Einrichtungsstatistik zum 1. Januar 2014
- 03.2015 Strategie im Vergabeverfahren
Handreichung für Diakonische Träger
- 02.2015 Gerechte Teilhabe durch Arbeit
- 01.2015 Diakonische Positionen zu einem Präventionsgesetz
- 11.2014 Arbeitsmigration und Pflege – Strategiepapier und Handreichung für Einrichtungsträger
- 10.2014 Wie sehen Sie sich selbst? Die Akteure für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit der Diakonie
- 09.2014 Fragen und Antworten zu den rechtlichen Handlungsspielräumen der Schuldnerberatung
- 08.2014 Finanzierung palliativ kompetenter Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen
- 07.2014 Positionen zur Aufnahme, Wohnraumversorgung und Unterbringung von Flüchtlingen
- 06.2014 Unionsbürgerinnen und Unionsbürger in Deutschland: Freizügigkeitsrecht und Anspruch auf Sozialleistungen
- 05.2014 Positionen der Diakonie zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung

Liebe Leserinnen und Leser,

wir hoffen, dass wir Ihnen mit der vorliegenden Ausgabe des Diakonie Textes Informationen und inhaltliche Anregungen geben können. Wir sind an Rückmeldungen interessiert, um unsere Arbeit zu optimieren. Wir freuen uns deshalb, wenn Sie uns

1. Kommentare und Anregungen zum Inhalt des Textes zukommen lassen,
2. informieren, welchen Nutzen Sie durch diesen Text für Ihre Arbeit erfahren haben und
3. mitteilen, wie Sie auf die vorliegende Ausgabe der Diakonie Texte aufmerksam geworden sind und ob oder wie Sie diese weitergeben werden.

Ihre Rückmeldungen senden Sie bitte an die verantwortliche Projektleitung (siehe Impressum unter Kontakt).

Herzlichen Dank!
Diakonie Deutschland

Impressum

Die Texte, die wir in der Publikationsreihe Diakonie Texte veröffentlichen, sind im Internet frei zugänglich. Sie können dort zu nicht-kommerziellen Zwecken heruntergeladen und vielfältig werden. Diakonie Texte finden Sie unter www.diakonie.de/Texte. Im Vorspann der jeweiligen Ausgabe im Internet finden Sie Informationen, zu welchem Preis Diakonie Texte gedruckt beim Zentralen Vertrieb bestellt werden können.

Bestellungen:
Zentraler Vertrieb des Evangelischen Werkes für Diakonie und Entwicklung e.V.
Karlsruher Straße 11
70771 Leinfelden-Echterdingen
Telefon: +49 711 21 59-777
Telefax: +49 711 797 75 02
Vertrieb@diakonie.de

Benutzer des Diakonie Wissensportals können über die Portalsuche nicht nur nach Stichworten in den Textdateien recherchieren, sondern auch auf weitere verwandte Informationen und Veröffentlichungen aus der gesamten Diakonie zugreifen. Voraussetzung ist die Freischaltung nach der Registrierung auf www.diakonie-wissen.de

www.diakonie.de

Diakonie Deutschland –
Evangelischer Bundesverband
Evangelisches Werk für
Diakonie und Entwicklung e.V.
Caroline-Michaelis-Straße 1
10115 Berlin

Verantwortlich für die Reihe:
Andreas Wagner
Zentrum Kommunikation
Telefon: +49 30 652 11-1779
redaktion@diakonie.de
www.diakonie.de

Kontakt:
Dr. Katharina Ratzke
Arbeitsfeld Sozialpsychiatrie
und Suchthilfe
Zentrum Gesundheit,
Rehabilitation und Pflege
Telefon: +49 30 652 11-1659
Telefax +49 30 652 11-3659
katharina.ratzke@diakonie.de

Layout: A. Stiefel

Druck: Zentraler Vertrieb des
Evangelischen Werkes für
Diakonie und Entwicklung e.V.
Karlsruher Straße 11
70771 Leinfelden-Echterdingen

© Oktober 2016 – 1. Auflage
ISBN-Nr. 978-3-946840-01-5
Art.-Nr. 613003076

**Diakonie Deutschland –
Evangelischer Bundesverband
Evangelisches Werk für Diakonie und
Entwicklung e.V.**

Caroline-Michaelis-Straße 1

10115 Berlin

Telefon: +49 30 652 11–0

Telefax: +49 30 652 11–3333

diakonie@diakonie.de

www.diakonie.de