



Perspektiven für eine bedarfsgerechte Hilfe für wohnungslose psychisch kranke Menschen vor dem Hintergrund des BTHG

Prof. Dr. Henning Daßler

Jahrestagung des
Ev. Fachverbandes Wohnung und Existenzsicherung e.V.
30. – 31. Mai 2018
Evangelische Akademie Loccum



Zur Person



- Prof. Dr. Henning Daßler
- Dipl.-Pädagoge
- Praktische Berufserfahrung als Sozialarbeiter und Pädagoge in Sozialpsychiatrie und Behindertenhilfe
- Leitungstätigkeit in Sozialpsychiatrie und Wohnungslosenhilfe
- 2010 bis 2014 Verwaltung der Professur „Inklusion und gesellschaftliche Teilhabe“ an der Ostfalia-Hochschule Wolfenbüttel
- Seit WS 2014/15 Professur für Gemeindepsychiatrie, Rehabilitation und Beratung an der Hochschule Fulda
- Seit 2014: Mitarbeit am Institut für Personenzentrierte Hilfen e.V.



Gliederung

- I. Wohnungslosigkeit und psychische Erkrankung
- II. Das leistungsrechtliche Nachrangverhältnis zwischen Eingliederungshilfe und den Hilfen für Menschen mit besonderen sozialen Schwierigkeiten
- III. Auswirkungen des BTHG auf die Schnittstelle zwischen Eingliederungshilfe und Wohnungslosenhilfe
- IV. Pflegestärkungsgesetze und Ambulante Psychiatrische Pflege
- V. Ansätze zu einer bedarfsgerechten Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch kranke wohnungslose Menschen



I. Wohnungslosigkeit und psychische Erkrankung

- Alte Erfahrung der Wohnungslosenhilfe:
Zusammentreffen von materieller / gesellschaftlicher
Marginalisierung und psychischer Erkrankung
- Historische „Altlast“: Vorstellung von „Nichtsesshaftigkeit“ als
(erblich bedingtes) psychopathologisches Persönlichkeitsmerkmal
(Rohrman 2016)
- 1970er Jahre: Tendenz zur „Therapeutisierung“ der
Nichtsesshaftenhilfe
- 1980er Jahre: „Paradigmenwechsel“, Nichtsesshaftigkeit als
systeminduziertes Phänomen, Durchsetzung des
Lebenslagenansatzes (Holtmannspötter 1982)



I. Wohnungslosigkeit und psychische Erkrankung

Internationale epidemiologische Forschung zur Beziehung zwischen sozioökonomischen Faktoren und psychischen Störungen, z.B.:

- Erhöhte Raten psychischer Krankheiten in Chicagoer Armenvierteln (Faris & Dunham 1939)
- Metaanalysen: Starke Häufung psychischer Erkrankungen und Abhängigkeitserkrankungen bei obdachlosen Menschen (zusammenfassend: Rüsck 2013)



I. Wohnungslosigkeit und psychische Erkrankung

Deutsche Studien:

- Erhöhte Prävalenz von Gesundheitsproblemen bei Menschen mit besonderen sozialen Schwierigkeiten bei gleichzeitig erschwertem Zugang zur Versorgung (z.B. Bäuml u.a. 2017, Salize 2001 b, Fichter u.a. 1996, Trabert 1995)
- Besondere Herausforderungen verbinden sich mit der hohen Prävalenz im Bereich der psychischen Erkrankungen:
 - Häufige Komorbidität (Sucht und psych. Erkrankung)
 - Schlechtere Erreichbarkeit für psychosoziale Unterstützung
 - Zuständigkeitsfragen zwischen Gemeindepsychiatrie, Suchthilfe und Wohnungslosenhilfe
- Wohnungslosenhilfe als Auffangbecken („Schlangengrube“, Reker u. Eikelmann 1997) der Gemeindepsychiatrie, insbesondere für nicht „krankheitseinsichtige“ und „schwierige“ Betroffene.



I. Wohnungslosigkeit und psychische Erkrankung

Prävalenzvergleich aktueller Diagnosen anhand vier ausgewählter ICD-10 Diagnosekriterien zwischen Stichproben aus „Normalbevölkerung“ und WL

Diagnosekategorie	DEGS1-MH (N=5317, 12-Monats-Präv.)	SEEWOLF-Studie (N=223, 1-Monats-Präv.)
F1 Substanzinduzierte Störungen	5,7	42,6
F2 Schizophrene Spektrumstörungen	2,6	10,3
F3 Affektive Störungen	9,3	20,2
F4 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	24,7	18,4

Nach: BÄUML u.a. (2017), S. 131



I. Wohnungslosigkeit und psychische Erkrankung

Frage der Kausalität: Führen psychische Erkrankungen zur Wohnungslosigkeit oder umgekehrt?

Soziale Verursachung (social shift)

Schlechte Lebensbedingungen verursachen psychische Erkrankungen



Soziale Selektion (social drift)

Psychische Erkrankungen sind die Ursache schlechter Lebensbedingungen



I. Wohnungslosigkeit und psychische Erkrankung

Frage der Kausalität: Führen psychische Erkrankungen zur Wohnungslosigkeit oder umgekehrt?

- Hudson (2005): Untersuchung der Wechselwirkung zwischen sozioökonomischen Status und psychischer Erkrankung anhand der Daten von 34.000 stationär behandelten Patienten in Massachusetts 1994-2000. Je ärmer die sozio-ökonomischen Bedingungen einer Person sind, desto höher ist ihr Risiko, psychisch zu erkranken und psychiatrisch hospitalisiert zu werden. Das gilt unabhängig von Schichtkategorien und den verschiedenen psychischen Erkrankungen.
- SEEWOLF-Studie (Bäumel u.a. 2017): Viele Hinweise auf Krankheitsbelastung in der Biografie bereits vor Eintritt der Wohnungslosigkeit.



I. Wohnungslosigkeit und psychische Erkrankung

*„Man wird der Problematik wohl am ehesten gerecht, wenn Wohnungslosigkeit und psychische Erkrankung als Elemente eines circulus vitiosus angesehen werden, die sich gegenseitig zum Nachteil der Betroffenen in Zusammenhang mit einem unzureichenden Hilfesystem und einer zersplitterten sozialen Gesetzgebung auswirken.“
(Ratzka 2012, S. 1238)*



I. Wohnungslosigkeit und psychische Erkrankung

Kritik an Versorgungsdefiziten (z.B. Salize u.a. 2002)

- Psychiatrischer Hilfebedarf der Zielgruppe wird nur unzureichend gedeckt.
- Hilfeleistungen werden fast ausschließlich von der Wohnungslosenhilfe erbracht.
- MitarbeiterInnen der WLH haben keinen dem psychiatrischen Hilfebedarf entsprechenden Ausbildungsstand.
- Die Vernetzung der Hilfen mit der lokalen gemeindepsychiatrischen Versorgung ist unzureichend.



I. Wohnungslosigkeit und psychische Erkrankung

Ebene der Versorgungssysteme: Hypothesen zu Wechselwirkungen zwischen Hilfestrukturen und -prozessen der Gemeindepsychiatrie und der Wohnungslosenhilfe:

- -F-> Relativ geringer Anteil bestimmter Diagnosegruppen unter wohnungslosen Menschen (Schizophrenien, bipolare Störungen) in deutschen Studien im Vergleich z.B. zu den USA (Salize 2017).
- -F-> Inanspruchnahme von Wohnungslosenhilfe durch „schwierige“ Klienten (Komorbidität, defizitäre „Krankheitseinsicht“, defizitäre Mitwirkungsfähigkeit).
- -F-> Zugangsbarrieren in gemeindepsychiatrische Angebote fördern in der Tendenz die Inanspruchnahme von Wohnungslosenhilfe durch die Betroffenen.



I. Wohnungslosigkeit und psychische Erkrankung

Positionspapier der BAG-W (2006)

Merkmale des Personenkreises aus Sicht der Praxis:

- Geringe Krankheitseinsicht
- Betroffenen mit z.T. langjährige Psychiatrieerfahrung, aber auch solche mit starken psychischen Auffälligkeiten ohne bekannte Diagnose
- Häufig Komorbidität (z.B. Psychose-Sucht)
- Deutliche geschlechterbezogenen Unterschiede (höhere Morbidität bei Frauen bei durchschnittlich jüngerem Lebensalter)
- Hinweise auf große Heterogenität, auch hinsichtlich der Bedarfe!



I. Wohnungslosigkeit und psychische Erkrankung

Fazit:

1. Ein hoher Anteil der Klienten der Wohnungslosenhilfe ist von psychischen Beeinträchtigungen betroffen.
2. Die Frage einer bedarfsgerechten Versorgung wohnungsloser Menschen ist nur unter Einbeziehung angrenzender Hilfesysteme zu klären.
3. Die Wohnungslosenhilfe erfüllt für die psychiatrische Versorgung eine wichtige Funktion im Sinne eines Auffangnetzes für Betroffene, die aus unterschiedlichen Gründen gemeindepsychiatrische Angebote nicht nutzen.
4. Der Anteil der Betroffenen in der Wohnungsnotfallhilfe ist insofern ein Indikator für die Leistungsfähigkeit der gemeindepsychiatrischen Versorgung! Hier zeigt sich, inwieweit die Gemeindepsychiatrie in der Lage ist, ihre schwächsten und schwierigsten Adressaten zu erreichen.



II. Das leistungsrechtliche Nachrangverhältnis

Leistungsansprüche sind keine Charakteristika von Personen („die 67er“/„die 53er“), sondern leiten sich aus Bedarfslagen ab, die leistungsrechtlich aus unterschiedlichen Blickwinkeln in Betracht kommen können!

- Betrachtung von Menschen unter der Perspektive „Behinderung“
- Betrachtung von Menschen unter der Perspektive „Besondere soziale Schwierigkeiten“

**Kriterien Eingliederungshilfe n. § 53
SGB XII i.V. mit § 2 SGB IX**

Lebensalter untypische Erkrankung > 6
Monate + wesentliche
Teilhabe einschränkung

Kriterien Hilfe nach § 67 SGB XII

Besondere Lebensverhältnisse + Soziale
Schwierigkeiten + unzureichende
Selbsthilfekräfte



II. Das leistungrechtliche Nachrangverhältnis

Leistungrechtliche Grundlagen (DVO § 69 SGB XII)

Besondere Lebensverhältnisse	Soziale Schwierigkeiten
Fehlende oder nicht ausreichende Wohnung	...Wohnungsmarkt
Gewaltgeprägte Lebensverhältnisse	...Arbeitsmarkt
Ungesicherte wirtschaftliche Lebensgrundlage	...Familie, soziale Kontakte
Entlassung aus geschlossener Einrichtung	...Straffälligkeit
Vergleichbare Verhältnisse	...Sucht, psychische Probleme



II. Das leistungrechtliche Nachrangverhältnis

Zuführung zu § 53 über Aufnahme nach § 67 SGB XII (1)

- §67 SGB XII: Personen, bei denen besondere Lebensverhältnisse mit sozialen Schwierigkeiten verbunden sind, sind Leistungen zur Überwindung dieser Schwierigkeiten zu erbringen, wenn sie aus eigener Kraft hierzu nicht fähig sind. Soweit der Bedarf durch Leistungen nach anderen Vorschriften dieses Buches oder des Achten Buches gedeckt wird, gehen diese der Leistung nach Satz 1 vor.
- DVO n. §69 SGB XII: Verweis auf Zuführung zu Hilfen aus anderen Leistungsgesetzen.
- Empfehlungen des Deutschen Vereins (2015): Beide Hilfeformen sind ggf. nebeneinander möglich und in abgestimmter Weise sinnvoll.



II. Das leistungsrechtliche Nachrangverhältnis

Zuführung zu § 53 über Aufnahme nach § 67 SGB XII (2) - Nds. AB SGB XII

67.00.02.00 Nachrang

Der allgemeine Nachrang nach § 2 SGB XII und der interne Nachrang des § 67 Satz 2 SGB XII schließen Ansprüche auf Leistungen nach § 68 SGB XII nur dann aus, wenn Hilfen nach anderen Gesetzen (z.B. SGB II, SGB V, SGB VIII) oder andere Hilfen nach dem SGB XII den vorhandenen Bedarf in vollem Umfang decken. Wird der Bedarf der nachfragenden Person nur teilweise durch Leistungen nach anderen Vorschriften gedeckt, sind daneben Leistungen nach § 68 SGB XII zu gewähren.

67.00.02.01 Personen mit psychischen Erkrankungen oder Behinderungen

Sind medizinische Leistungen infolge psychischer Erkrankungen erforderlich, kommen vorrangig Leistungen der Träger der Kranken- oder Rentenversicherung in Betracht, mit denen grundsätzlich eine vollständige Bedarfsdeckung sichergestellt ist. Andernfalls ist Hilfe nach anderen Vorschriften des SGB XII (Hilfe bei Krankheit gemäß § 48 SGB XII oder bei Vorliegen einer seelisch wesentlichen Behinderung i.S. des § 3 Eingliederungshilfe-Verordnung i.d.F. vom 1.2.1975, BGBl. I S.433, zuletzt geändert durch Artikel 13 des Gesetzes vom 27.12.2003, BGBl. I S.3022, 3059, gemäß den §§ 53, 54 SGB XII i.V.m. den Vorschriften des SGB IX) zu leisten.



II. Das leistungsrechtliche Nachrangverhältnis

Zuführung zu § 53 über Aufnahme nach § 67 SGB XII (2) - Nds. AB SGB XII

Bei der Abgrenzung zur Hilfe nach den §§67 ff. SGB XII gelten folgende Regelungen: Sofern die Unfähigkeit zur Mobilisierung und zum Einsatz der eigenen Kräfte auf krankhafter Veranlagung oder Behinderung beruht oder das Fehlen eigener Kräfte selbst eine Krankheit oder Behinderung darstellt (z.B. Psychosen, Suchterkrankungen und Ähnliches), stellt die Hilfe nach den §§67 ff. SGB XII grundsätzlich nicht die adäquate Hilfeart dar, da die solchermaßen in Erscheinung tretenden Symptome Auswirkungen und Folgen des normwidrigen Zustandes sind. Soweit im Einzelfall Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten, insbesondere Beratung und persönliche Unterstützung gemäß § 3 DVO gemäß §69 SGB XII, erforderlich sind, damit die nachfragende Person überhaupt den Zugang zu den entsprechenden Hilfeangeboten findet und deren Leistungen in Anspruch nimmt, wird für einen begrenzten Zeitraum Hilfe nach den §§67 ff. SGB XII geleistet (sog. Motivationshilfe). Dieses ist im Gesamtplan entsprechend zu dokumentieren.

Als primäres Abgrenzungsmerkmal ist die ärztliche Behandlung oder ärztlich verordnete Maßnahme ausschlaggebend.



II. Das leistungsrechtliche Nachrangverhältnis

Behindernde Faktoren für die Zuführung in die EGH

- Rahmenbedingungen der EGH:
 - Antragsabhängigkeit (Selbst-Etikettierung als „behindert“), aufwendiges Bedarfsbemessungs- und Gesamtplanverfahren, Anrechnung von Einkommen und Vermögen
- Merkmale der Betroffenen
 - Mangelnde Krankheits-“Einsicht“, Vulnerabilität gegenüber Beziehungsabbrüchen
- Barrieren im Hilfesystem der Gemeindepsychiatrie und Suchthilfe
 - Wenig bedarfsgerechte Angebote für komorbide Klienten, Sucht als Ausschlusskriterium für viele gemeindepsychiatrische Angebote
- Eigeninteressen der Leistungsanbieter



III. Auswirkungen des BTHG auf die Schnittstelle zwischen Eingliederungshilfe und Wohnungslosenhilfe

Hintergründe für das Bundesteilhabegesetz:

1. UN-Behindertenrechtskonvention: Anpassung des Behindertenrechts (u.a. Anpassung des Behinderungsbegriffs, Umsetzung des Inklusionsanspruchs)
2. Reform der Eingliederungshilfe: Dämpfung der Kostenentwicklung, Diskussionen in der Bund-Länder-Kommission und der Bundesarbeitsgemeinschaft der Überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGÜS)



III. Auswirkungen des BTHG auf die Schnittstelle zwischen Eingliederungshilfe und Wohnungslosenhilfe

Ziele des BTHG:

1. Neufassung des Behinderungsbegriffs (entsprechend Inklusionsgedanken)
2. Leistungsgewährung wie aus einer Hand
3. Unabhängige Teilhabeberatung
4. Anreize für Tätigkeit auf dem 1. Arbeitsmarkt
5. Individualisierung und Sozialraumorientierung
6. Verbesserte Teilhabe für Studierende m.B.
7. Verbesserung der Kooperation in der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
8. Keine neue Ausgabendynamik, Bremsen der Kostenentwicklung in der EGH
9. Stärkung der Prävention in SGB II und SGB VI
10. Stärkung der Schwerbehindertenvertretungen und Werkstattbeiräte



III. Auswirkungen des BTHG auf die Schnittstelle zwischen
Eingliederungshilfe und Wohnungslosenhilfe

BTHG: Wesentliche Merkmale 1

Neufassung des SGB IX:

1. Teil 1: Allgemeines Rehabilitations- und Teilhaberecht
2. Teil 2: Eingliederungshilfe („Besondere Leistungen zur selbstbestimmten Lebensführung für Menschen mit Behinderungen“)
-> SGB IX wird Leistungsrecht, EGH ist nicht mehr Teil der Sozialhilfe!
3. Teil 3: Schwerbehindertenrecht (bisher Teil 2 SGB IX)



III. Auswirkungen des BTHG auf die Schnittstelle zwischen Eingliederungshilfe und Wohnungslosenhilfe

BTHG: Wesentliche Merkmale 2

Neuer Behinderungsbegriff

SGB IX alt: § 2 Behinderung (Krankheitsfolgenmodell)

(1) Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist. (...)

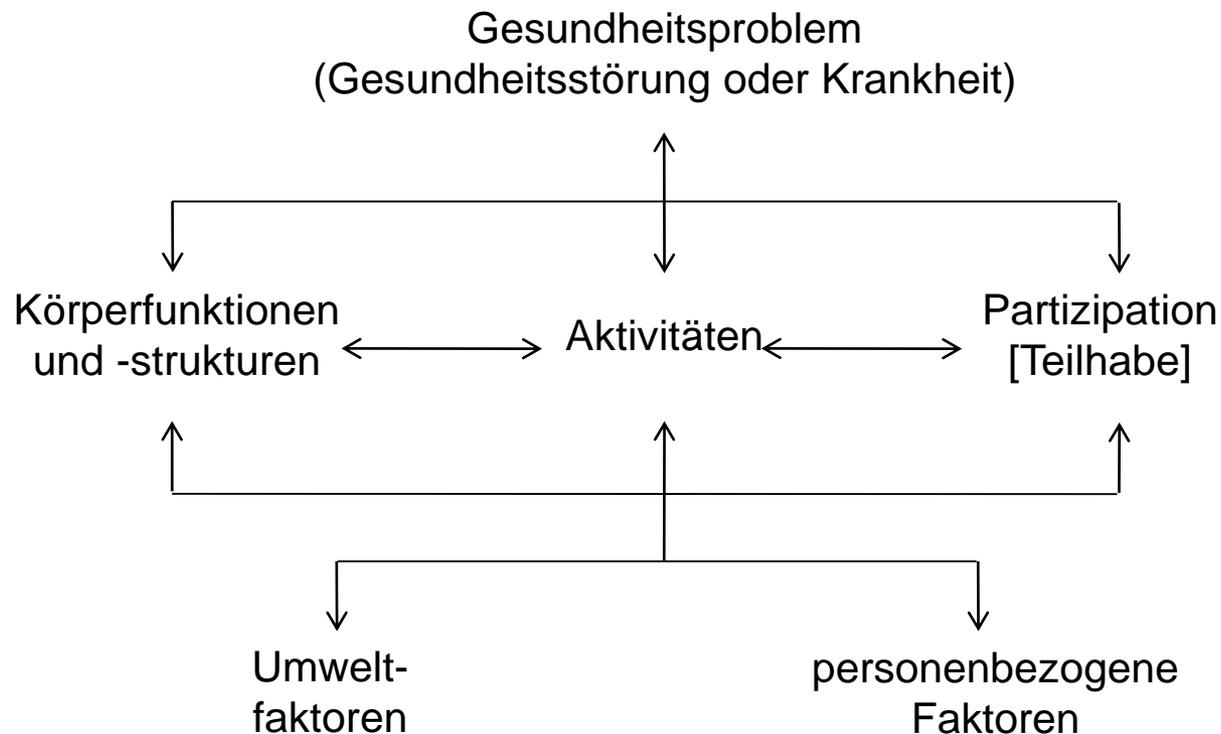
SGB IX neu: § 2 Begriffsbestimmungen (Bio-psycho-soziale Wechselwirkung)

(1) Menschen mit Behinderungen sind Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können. Eine Beeinträchtigung nach Satz 1 liegt vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht. Menschen sind von Behinderung bedroht, wenn eine Beeinträchtigung nach Satz 1 zu erwarten ist.



III. Auswirkungen des BTHG auf die Schnittstelle zwischen Eingliederungshilfe und Wohnungslosenhilfe

ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health)





III. Auswirkungen des BTHG auf die Schnittstelle zwischen Eingliederungshilfe und Wohnungslosenhilfe

BTHG: Wesentliche Merkmale 3:

„Personenzentrierte“ Neuausrichtung der Eingliederungshilfe

- Keine Orientierung an einer bestimmten Wohnform
- Trennung von Fachleistung und Leistungen zum Lebensunterhalt
- Aufgabe der Unterscheidung zwischen stationären, teilstationären und ambulanten Leistungen
- Veränderungen bei der Heranziehung von Einkommen und Vermögen
- Verpflichtung zur Berücksichtigung der Wünsche der Betroffenen



III. Auswirkungen des BTHG auf die Schnittstelle zwischen Eingliederungshilfe und Wohnungslosenhilfe

BTHG: Wesentliche Merkmale 4

Stärkung der Steuerungsfunktion der Leistungsträger (LT)

- Normierung einer bundesweit vergleichbaren Gesamtplanung in der EGH basierend auf der ICF ohne Beteiligung der Leistungserbringer
- Prüfungsrecht des LTs für erbrachte Leistungen
- Wirkungskontrolle

2017



Ab 01.01.2017:

- Eingliederungshilfe: höhere Freibeträge bei Einkommen und Vermögen (erste Stufe)
- Vorgezogene Änderungen im Schwerbehindertenrecht

2018



Ab 01.01.2018:

- Allgemeiner Teil und Schwerbehindertenrecht werden zu Teil 1 und 3 im SGB IX-neu
- Reform des Vertragsrechts der Eingliederungshilfe
- Verbesserungen im Bereich Teilhabe am Arbeitsleben und im Gesamtplanverfahren in der Eingliederungshilfe (noch im SGB XII)

2020



Ab 01.01.2020:

- Recht der Eingliederungshilfe wird zu Teil 2 im SGB IX-neu
- Freibeträge bei Einkommen und Vermögen werden weiter erhöht (zweite Stufe)

Neubestimmung der Träger der EGH!

2023



Ab 01.01.2023:

- Zugang zur Eingliederungshilfe wird neu ausgestaltet

Bundesarbeitsgemeinschaft für
Rehabilitation (2017, S. 7)



III. Auswirkungen des BTHG auf die Schnittstelle zwischen Eingliederungshilfe und Wohnungslosenhilfe

BTHG: Wesentliche Merkmale 5

§ 99 (BTHG-E) Leistungsberechtigter Personenkreis

„(1) Eingliederungshilfe ist Personen nach § 2 Absatz 1 Satz 1 bis 2 zu leisten, deren Beeinträchtigungen die Folge einer Schädigung der Körperfunktion und -struktur sind und die dadurch in Wechselwirkung mit den Barrieren in erheblichem Maße in ihrer Fähigkeit zur Teilhabe an der Gesellschaft erheblich eingeschränkt sind. Eine Einschränkung der Fähigkeit zur Teilhabe an der Gesellschaft in erheblichem Maße liegt vor, wenn die Ausführung von Aktivitäten in mindestens fünf Lebensbereichen nach Absatz 2 nicht ohne personelle oder technische Unterstützung möglich oder in mindestens drei Lebensbereichen auch mit personeller oder technischer Unterstützung nicht möglich ist (erhebliche Teilhabebeeinschränkung). Leistungsberechtigt nach diesem Teil sind auch Personen, denen nach fachlicher Kenntnis eine erhebliche Teilhabebeeinschränkung mit hoher Wahrscheinlichkeit droht.“



III. Auswirkungen des BTHG auf die Schnittstelle zwischen Eingliederungshilfe und Wohnungslosenhilfe

§ 99 (BTHG-E) Leistungsberechtigter Personenkreis (Forts.)

„(2) Lebensbereiche im Sinne von Absatz 1 sind

1. Lernen und Wissensanwendung,
2. Allgemeine Aufgaben und Anforderungen,
3. Kommunikation,
4. Mobilität,
5. Selbstversorgung,
6. Häusliches Leben,
7. Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen,
8. Bedeutende Lebensbereiche,
9. Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben.“

(3) Personelle Unterstützung -> regelmäßig, langfristig, anwesend



III. Auswirkungen des BTHG auf die Schnittstelle zwischen Eingliederungshilfe und Wohnungslosenhilfe

Veränderter Hilfezugang in die EGH (ab 2023):

- Alte Regelung (§ 53 SGB XII): Feststellung der Behinderung und wesentlichen Teilhabeeinschränkung durch ärztliches Gutachten
- Neue Regelung (§ 99 SGB IX): Feststellung der Behinderung durch ärztliches Gutachten. Feststellung der wesentlichen Teilhabeeinschränkung durch den Leistungsträger in Orientierung an den Teilhabedomänen der ICF [Nicht-Berücksichtigung der Kontextfaktoren!]



III. Auswirkungen des BTHG auf die Schnittstelle zwischen Eingliederungshilfe und Wohnungslosenhilfe

Mögliche Auswirkungen des BTHG auf Hilfen für wohnungslose Menschen mit psychischen Erkrankungen:

- § 93 Abs. 2 SGB IX: „die Vorschriften über die Hilfe zur Überwindung sozialer Schwierigkeiten nach dem 8. Kapitel des Zwölften Buches [...] bleiben unberührt.“
- Angebote im Rahmen der EGH (z.B. Angebote für CMA):
 - Neues Leistungsverständnis im Sinne von Teilhabeunterstützung -> Abkehr von medizinisch (z.B. suchttherapeutisch) geprägten Aufgabenverständnis.
 - Für stationäre Angebote: Trennung von Fachleistungen und Existenzsicherung
- Angebote im Rahmen der Hilfe nach § 67 ff. SGB XII:
 - Anstieg psychisch kranker Menschen in der Wohnungsnotfallhilfe?
 - Neufassung der Zugangskriterien in die EGH (§ 99 BTHG)
 - anspruchsvollere Anforderungen an das Gesamtplanverfahren (z.B. „smarte“ Zielformulierung, Mitwirkung im Gesamtplanverfahren)



IV. Pflegestärkungsgesetze und Ambulante Psychiatrische Pflege

1. Pflegestärkungsgesetz (ab 1.1.2015), u.a.

- Leistungsausweitung, u.a. Einführung der „PS 0“ für Demenzkranke
- Bessere Kombinierbarkeit von Verhinderungs- und Kurzzeitpflege
- Umfangreichere Leistungen für Tages- und Nachtpflege
- Möglichkeit der Umwidmung von bis zu 40% der Pflegesachleistung zur Finanzierung niedrigschwelliger Betreuungs- und Entlastungsangebote
- Anspruch auf zusätzliche Betreuung/Entlastung auch bei körperlichen Einschränkungen
- Höhere Zuschüsse für Umbaumaßnahmen und Pflegehilfsmittel (bis 4.000,-/Maßnahme)

2. Pflegestärkungsgesetz (ab 1.1.2016), u.a.

- Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff, neues Begutachtungsverfahren (ab 1.1.2017)
- Wegfall der Einschränkung zwischen körperlichen Pflegebedarf und Demenz (Erweiterung des Personenkreises)
- Weiterhin keine Vollabsicherung beabsichtigt.
- Wegfall § 45a (erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz)
- Bis 2020 neues Verfahren zur Personalbedarfsbemessung



IV. Pflegestärkungsgesetze und Ambulante Psychiatrische Pflege

3. Pflegestärkungsgesetz (ab 1.1.2017), u.a.

- Im häuslichen Umfeld gleichrangig zu Leistungen der EGH
- Ausbau lokaler Beratung
- Verstärkte Einbindung der Pflegekassen in regionale Versorgungsentwicklung

Ambulante Psychiatrische Krankenpflege (§ 37 SGB V)

- Bis zu vier Wochen / Krankheitsfall
- Sicherstellung der Behandlung durch niedergelassene Psychiater
- Aufgrund fehlender einheitlicher Umsetzungsbestimmungen selten, i.d.R. Bestandteil von Angeboten der Integrierten Versorgung
- Voraussetzung: Ausreichende Behandlungsfähigkeit! (§ 4 Abs. 2 Häusliche Krankenpflege Richtlinie)
- Auf bestimmte psychiatrische Diagnosen beschränkt

Aktuelles Problem bei allen Pflegeleistungen: Fachkräftemangel! (derzeit ca. 5.000 Ablehnungen von Patienten bei amb. Pflegediensten in NDS / Monat (Bibliomed Pflege, 28.5.2018))



V. Perspektiven einer bedarfsgerechten Hilfe für wohnungslose Menschen mit psychischen Erkrankungen

Erkenntnisse aus der internationalen Versorgungsforschung in Gemeindepsychiatrie und Wohnungslosenhilfe:

- **S3-Leitlinien Psychosoziale Therapien** bei schweren psychischen Erkrankungen (Becker u.a. 2013)
- **Housing-First-Ansatz** (Busch-Geertsema 2017, Tsemberis u.a. 2000)



V. Perspektiven einer bedarfsgerechten Hilfe für wohnungslose Menschen mit psychischen Erkrankungen – Ergebnisse medizinischer Versorgungsforschung

Medizinische Leitlinien

- Empfehlungen zur Unterstützung klinischen Handelns
- Qualitätsstufen:
 1. S1: Erarbeitung von einer Expertengruppe im informellen Konsens
 2. S2k: Formale Konsensfindung
 3. S2e: Systematische Evidenz-Recherche
 4. S3: Systematische Entwicklung (Logik-, Entscheidungs- und Outcome-Analyse, Bewertung der klinischen Relevanz wissenschaftlicher Studien und regelmäßige Überprüfung)



V. Perspektiven einer bedarfsgerechten Hilfe für wohnungslose Menschen mit psychischen Erkrankungen – Ergebnisse medizinischer Versorgungsforschung

Ia	Evidenz aus einer Metaanalyse von mindestens 3 randomisierten kontrollierten Studien (randomized controlled trials, RCTs) oder einer einzelnen großen randomisierten kontrollierten Studie mit eindeutigem Ergebnis
Ib	Evidenz aus mindestens einer kleineren randomisierten kontrollierten Studie oder einer Metaanalyse von weniger als 3 RCTs
IIa	Evidenz aus zumindest einer methodisch guten, kontrollierten nichtrandomisierten Studie
IIb	Evidenz aus mindestens einer methodisch guten, quasi-experimentellen Studie
III	Evidenz aus methodisch guten, nichtexperimentellen deskriptiven Studien, wie z. B. Vergleichsstudien, Korrelationsstudien und Fallserien
IV	Evidenz aus Berichten und Empfehlungen von Expertenkomitees oder Expertenmeinung und/oder klinische Erfahrung respektierter Autoritäten

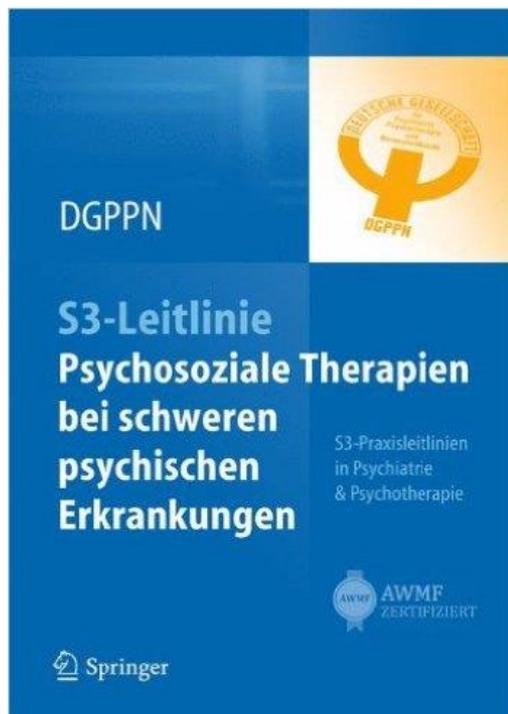


V. Perspektiven einer bedarfsgerechten Hilfe für wohnungslose Menschen mit psychischen Erkrankungen – Ergebnisse medizinischer Versorgungsforschung

A	Soll-Empfehlung: Die meisten Patienten sollten diese Intervention in einer spezifischen Situation erhalten und würden sich dafür entscheiden	Evidenz-Ebene Ia und Ib
B	Sollte-Empfehlung: Ein Teil der Patienten sollte diese Intervention erhalten, nachdem Vor- und Nachteile und andere Alternativen gemeinsam erörtert wurden	Evidenzebenen IIa, IIb, III oder Evidenz aus Ebene I, die jedoch für die spezifische Fragestellung extrapoliert, abgeleitet werden muss
0	Kann-Empfehlung: Es gibt unzureichende Evidenz, um eine Empfehlung abzugeben oder die Nachteile und Vorteile sind vergleichbar	Evidenz-Ebene IV oder Ableitungen aus IIa, IIb oder III
KKP	Klinischer Konsensus-Punkt: Empfehlung, zu deren Begründung keine Studien durchgeführt werden können oder die einer breiten Werte- und Präferenzentscheidung in unserer Gesellschaft entsprechen	Empfehlung auf der Basis von Konsens



V. Perspektiven einer bedarfsgerechten Hilfe für wohnungslose Menschen mit psychischen Erkrankungen – Ergebnisse medizinischer Versorgungsforschung



- 2013: **S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien“** der der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde
- Zielgruppe: **Menschen mit schwerwiegenden psychischen Erkrankungen** (Schizophrenie, schwere affektive Störungen, schwere Persönlichkeitsstörungen, schwere Angst- oder Zwangsstörungen; Symptomatik mind. 2 Jahre), ohne Sucht
- Beteiligung von Vertretern der Psychiatrieerfahrenen und Angehörigen an der Konsensgruppe



V. Perspektiven einer bedarfsgerechten Hilfe für wohnungslose Menschen mit psychischen Erkrankungen – Ergebnisse medizinischer Versorgungsforschung

System-Interventionen

- Multiprofessionelle gemeindepsychiatrische teambasierte Behandlung
- Case Management
- Arbeitsrehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben
- Wohnangebote für psychisch kranke Menschen

Einzelinterventionen

- Psychoedukation, Peer-to-peer-Ansätze, Triadlog
- Training von Alltags- und sozialen Fertigkeiten
- Künstlerische Therapien
- Ergotherapie
- Sport- und Bewegungstherapie



V. Perspektiven einer bedarfsgerechten Hilfe für wohnungslose Menschen mit psychischen Erkrankungen – Ergebnisse medizinischer Versorgungsforschung

Behandlung

- **Wohnortnahe gemeindepsychiatrische Behandlung** durch multiprofessionelle Teams mit definierter regionaler Zuständigkeit: Empfehlungsgrad A, Evidenzebene Ia
- **Akutbehandlung im häuslichen Umfeld (Home Treatment):** Empfehlungsgrad A, Evidenzebene Ia
- **Nachgehend aufsuchende Behandlung (Assertive Community Treatment)** über einen längeren Zeitraum, auch über akute Krankheitsphasen hinweg: Empfehlungsgrad A, Evidenzebene Ia
- **Case Management:** Keine uneingeschränkte Empfehlung für die Routineversorgung aller Patienten, Beschränkung der Empfehlung auf Klienten in Regionen mit geringer Versorgungsdichte und / oder hoher Inanspruchnahme stationärer Behandlung: Empfehlungsgrad B, Evidenzebene Ia



Aufsuchende Behandlung durch multiprofessionelle Teams (Assertive Community Treatment)

- Für Klienten mit starken Beeinträchtigungen
- Team mit Psychiaterin, Pflegekraft, Sozialarbeiter, Case Managerin
- Intensive Betreuung im häuslichen Umfeld
- Hohe Flexibilität und Reaktionsbereitschaft
- CM weniger als Vermittlung
- Evidenz: Positive Auswirkungen auf Kontakterhalt zum Hilfesystem, Behandlungszufriedenheit, z.T. Beschäftigungssituation



Akutbehandlung im häuslichen Umfeld (Home Treatment)

- Krisenbehandlung
- Multiprofessionelle Teams
- Unterstützung und Behandlung im häuslichen Umfeld bis zu 24 Std./Tag
- Ständige Erreichbarkeit
- Einbeziehung des sozialen Umfeldes in die Behandlungsplanung
- Feste Ansprechpartnerin
- Nachsorge
- Evidenz: Linderung der Symptomatik, Verbesserung des Allgemeinzustandes (bei Schizophrenie), Senkung der stationären Wiederaufnahmerate, Verkürzung der Behandlung, Verringerung der Behandlungsabbrüche, Steigerung der Patienten- und Angehörigenzufriedenheit, höhere Kosteneffektivität



V. Perspektiven einer bedarfsgerechten Hilfe für wohnungslose Menschen mit psychischen Erkrankungen – Ergebnisse medizinischer Versorgungsforschung

Wohnangebote

- Vermeidung von Dauerinstitutionalisierung: Empfehlungsgrad A, Evidenzebene: Konsensempfehlung (Empfehlungsgrad aufgrund des Problems der Undurchführbarkeit kontrollierter Studien)
- Regelmäßige Prüfung einer Deinstitutionalisierung: Empfehlungsgrad Klinischer Konsens
- Bereitstellung differenzierter bedarfsgerechter Wohnangebote: Empfehlungsgrad 0, Evidenzebene: III
- Möglichst gemeindenaher Orientierung der Angebote: Empfehlungsgrad Klinischer Konsens



V. Perspektiven einer bedarfsgerechten Hilfe für wohnungslose Menschen mit psychischen Erkrankungen – Ergebnisse medizinischer Versorgungsforschung

Bedeutung der S3-Leitlinien PST für die Versorgung in Deutschland:

- Konzepte wie ACT und HT aufgrund fragmentierter Zuständigkeiten und leistungsrechtlicher Zuordnungen derzeit schwer umsetzbar
- Ausnahmen:
 - Maßnahmen der „Integrierten Versorgung“ nach § 140a SGB V (Selektivverträge der Krankenversicherungsträger für sektorenübergreifende Versorgung)
 - Perspektivisch: Stationsäquivalente Behandlung (§ 115d Abs. 2 SGB V) im häuslichen Umfeld durch psychiatrische Kliniken



V. Perspektiven einer bedarfsgerechten Hilfe für wohnungslose Menschen mit psychischen Erkrankungen – Housing First

- **Housing First:** Schnelle Integration von Wohnungslosen mit komplexen Problemlagen in abgeschlossenen und dauerhaften Individualwohnraum mit dem Angebot wohnbegleitender Hilfen (Busch-Geertsema 2017a,b).
- Grundsatz der Freiwilligkeit, aber nachdrückliches und umfassendes Hilfeangebot.
- Abkehr von „Stufenmodellen“ und dem Verdikt der „Wohnunfähigkeit“
- Entwickelt in den 1990er Jahren in New York (Tsemberis u.a. 2000) für Betroffenen mit schweren psychischen Erkrankungen bzw. Doppeldiagnosen. Mittlerweile starke internationale Verbreitung.
- Zahlreiche wissenschaftliche Belege für Wirksamkeit des Ansatzes.



V. Perspektiven einer bedarfsgerechten Hilfe für wohnungslose Menschen mit psychischen Erkrankungen – Housing First

Acht Grundprinzipien von Housing First (Tsemberis 2010):

1. Wohnung als Grundrecht (Wohnfähigkeit ist keine Voraussetzung, aber ein wöchentlicher Hausbesuch oftmals verpflichtend)
2. Respekt, Wärme und Mitgefühl für alle Klientinnen und Klienten
3. Hilfestellung so lange, wie Hilfe benötigt wird
4. Dezentraler Individualwohnraum (nicht mehr als 20 % pro Häuserblock)
5. Trennung von Wohnung und Unterstützung
6. Wahlmöglichkeiten und Selbstbestimmung
7. Recovery Orientierung: Orientierung auf den Heilungsprozess
8. Harm Reduction: Schadensminimierung; akzeptierender Ansatz



V. Perspektiven einer bedarfsgerechten Hilfe für wohnungslose Menschen mit psychischen Erkrankungen – Housing First

Housing First als Modell für das deutsche Hilfesystem?

- Herausforderung Wohnungsmarkt
- In Deutschland bereits mit individuellem Rechtsanspruch auf Unterstützung und dem Primat ambulanter Hilfe „praktisch“ umgesetzt? (Specht 2017)
- Vernachlässigung der von Tsemberis formulierten inhaltlichen Grundprinzipien (Partizipation, Recovery) in der deutschen Diskussion.



V. Perspektiven einer bedarfsgerechten Hilfe für wohnungslose Menschen mit psychischen Erkrankungen

Fachliche Forderungen (BAG-W 2006)

- Niedrigschwellige zugehende Hilfen
- interdisziplinären Behandlungsteams aus Pflegekräften, MedizinerInnen und sozialpädagogischen Fachkräften
- Vernetzung Kooperation und interdisziplinäres Vorgehen bei gleichzeitig geregelter klarer Verantwortlichkeit (Case Management, Fallkonferenzen)
- Geeignete Rahmenbedingungen in Einrichtungen der WLH (Einzelzimmer, Personalstruktur)
- Qualifizierung und Fortbildung des Personals
- Personenzentrierte Hilfestaltung ohne Verfahrenshürden (z.B. Hilfeplankonferenzen)
- Differenzierte Wohnformen (eigener Wohnraum, „Hotel Plus“, Stufenkonzepte)
- Geschlechterdifferenzierte Angebote



V. Perspektiven einer bedarfsgerechten Hilfe für wohnungslose Menschen mit psychischen Erkrankungen

10 abschließende Anmerkungen

1. Derzeit wird der Bedarf psychisch kranker wohnungsloser Menschen offensichtlich nicht differenziert genug wahrgenommen: Die Diskussion wird stark durch „Systemsprenger“ dominiert. Diese machen aber nicht den wesentlichen Teil der Betroffenen aus.
2. Aus dem Selbstverständnis der Sozialen Arbeit als „Menschenrechtsprofession“ kann der Auftrag abgeleitet werden, die Inhalte der UN-BRK und „gleichberechtigte Teilhabe“ (§ 2 SGB IX) konsequent auch für den Personenkreis wohnungsloser Menschen mit psychischen Erkrankungen einzufordern.
3. Die Beschreibung der Teilhabesituation der Betroffenen auf Grundlage der ICF ist nicht nur Vorgabe des SGB IX, sie ermöglicht auch eine differenzierte Erfassung der Wechselwirkungen zwischen Erkrankung, personen- und umweltbezogenen Kontextfaktoren und Teilhabemöglichkeiten. Mit Hilfe der ICF können auch charakteristische Problemkonstellationen wohnungsloser Menschen z.T. sehr gut beschrieben werden.



V. Perspektiven einer bedarfsgerechten Hilfe für wohnungslose Menschen mit psychischen Erkrankungen

10 abschließende Anmerkungen

4. In der Arbeit mit Klienten sollte Teilhabe als Prozess und nicht als Norm verstanden werden. Teilhabe hat neben objektiven auch wichtige subjektive Dimensionen. Daher sollte sich Unterstützung an subjektiven Lebens- und Teilhabezielen der Betroffenen ausrichten, statt aus Beeinträchtigungen Art und Ziele der Hilfen abzuleiten (Gromann 2016).
5. Statt einer nicht immer bedarfs- oder sachgerechten dichotomen Zuweisung der Betroffenen zu Hilfen der Wohnungs- oder der Eingliederungshilfe sollte bei Bedarf eine gemeinsame und abgestimmte Gewährung beider Hilfearten erfolgen. Dafür ist eine übergreifende Gesamtplanung erforderlich.
6. Es gilt aus der „Schnittstelle“ zwischen Wohnungs- und Eingliederungshilfe eine „Nahtstelle“ zu machen. Dies wird u.a. gefördert durch
 - Vernetzung/Kooperation mit der Gemeindepsychiatrie (vgl. Positionen und Beispiele der BAG-W)
 - Berücksichtigung der Wohnungsnotfallhilfe in der kommunalen Psychiatrieplanung
 - Gezielte Personalentwicklung



V. Perspektiven einer bedarfsgerechten Hilfe für wohnungslose Menschen mit psychischen Erkrankungen

10 abschließende Anmerkungen

7. „Das BTHG-E bestärkt die Illusion, gelingende Teilhabe sei im Einzelfall ökonomisch durch den Träger der EGH zu steuern. Finanziell und teilhabeorientiert kann aber nur gemeinsam und regional in der Organisationsverantwortung der Eingliederungshilfeträger gesteuert werden und zwar
- mit den Betroffenen (Ziele: Beteiligung, passgenaue und flexible Hilfen für ihre Person),
 - mit den Sorgetragenden (Ziele: Unterstützung privater Hilfen, Einbeziehen der gesetzlichen Betreuer und der Angehörigen),
 - mit den Leistungserbringern (Ziele: flexible Hilfen, Umsteuerung des versäulten Systems der Angebote) und
 - den kommunalen/regionalen Sozialräumen.“ (Gromann 2016, S. 24).



V. Perspektiven einer bedarfsgerechten Hilfe für wohnungslose Menschen mit psychischen Erkrankungen

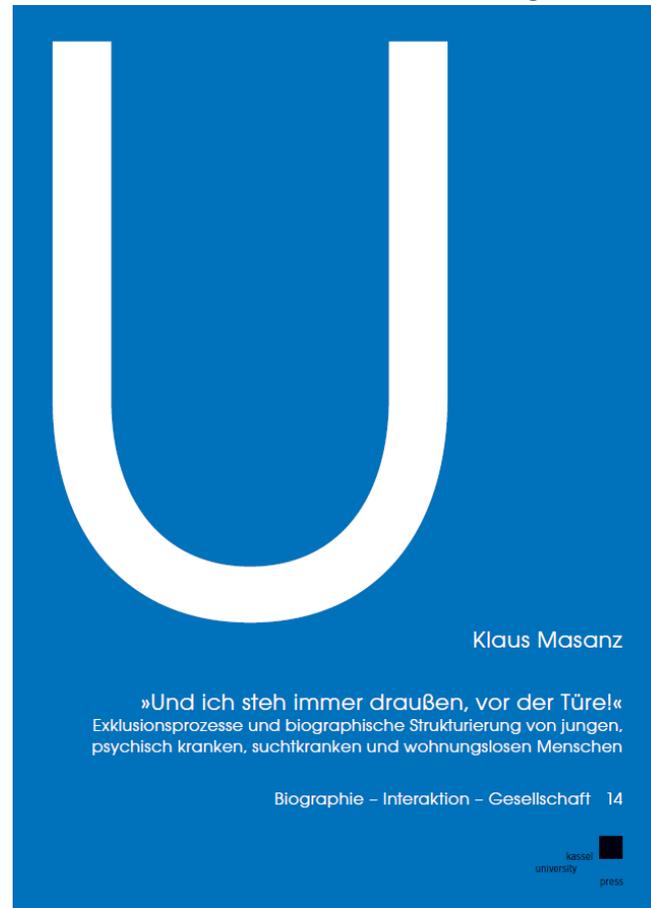
10 abschließende Anmerkungen

8. Für die Koordinierung bei der Begleitung des Teilhabeprozesses gerade bei komplexen Problemlagen wird eine verantwortlich „sorgetragende“ Beratungsperson benötigt, die mit den Klienten die Zielplanung für einen festgelegten Zeitraum erarbeitet (Case Management).
9. Konkrete Schritte hin zu einer Verbesserung der Versorgungssituation sind die Anbindung niedrigschwelliger psychiatrischer Hilfen mit Behandlungsermächtigung an Einrichtungen der WLH (PIA, ggf. SpDi, niedergelassene PsychiaterIn). Die Idee einer „Therapeutischen Kette“ als Leitmodell einer Weitervermittlung von Betroffenen produziert neue Schnittstellen und wird dem Bedarf vieler Betroffener nicht gerecht.
10. Die langjährige Erfahrung von Mitarbeiter*innen und Einrichtungen der WLH mit psychisch erkrankten Klienten bildet eine wichtige Ressource für eine fachliche Weiterentwicklung der Hilfen in Richtung einer ganzheitlichen psychosozialen Fachleistung.



V. Perspektiven einer bedarfsgerechten Hilfe für wohnungslose Menschen mit psychischen Erkrankungen

„Systemsprenger“ oder „Transsektorale Systemprüfende“? (Masanz 2017)





Vielen Dank
für Ihre
Aufmerksamkeit