

Einleitung zum Thema „Suchtkrank, arm, wohnungslos“

Artur Schroers

Zusammenfassung

Die Themen Suchterkrankung, Wohnungslosigkeit und Armut sind eng miteinander verwoben. Die Zahl der armen Menschen in Deutschland ist während der Corona-Pandemie auf ein Rekordhoch gestiegen. Wohnungslosigkeit ist in hohem Maße mit substanzbezogenen Störungen und weiteren Erkrankungen der Betroffenen verbunden. Mit lebensweltorientierten Ansätzen können diese Menschen gut erreicht werden, wobei Zuständigkeiten und gemeinsame Bearbeitung von Fällen im Sinne integrativer, sektorenübergreifender Zusammenarbeit der Hilfesysteme abgestimmt werden sollten.

Schlüsselworte: Suchterkrankung, Armut, Wohnungslosigkeit, intersektionale Zusammenarbeit, niedrigschwellige Drogenarbeit, Wohnungslosenhilfe

Summary

The topics of addiction, homelessness and poverty are closely interwoven. The number of poor people in Germany rose to a record high during the corona pandemic. Homelessness is linked to a high degree with substance-related disorders and other diseases of those affected. These people can easily be reached with lifeworld-oriented approaches, whereby responsibilities and joint processing of cases should be coordinated in the sense of integrative, cross-sectoral help systems.

Keywords: addiction, poverty, homelessness, intersectional cooperation, low-threshold drug work, homeless assistance

1 Ausgangssituation „suchtkrank, arm, wohnungslos“

Die Themen Suchterkrankung, Armut und Wohnungslosigkeit sind eng miteinander verwoben und sollen in dieser Ausgabe der Zeitschrift **rausch. Wiener Zeitschrift für Suchttherapie** im Zusammenhang behandelt werden. Dies ist umso erforderlicher, je mehr die Folgen der Corona-Pandemie die Situation für suchtkranke, arme und wohnungslose Menschen noch einmal verschärfen. Die Tagesschau berichtete in der Sendung vom 16.12.2021 mit dem Titel „Armut in der Pandemie“ über einen Höchstwert der Armutsquote in Deutschland:

„Einer neuen Studie des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes zufolge hat die Armutsquote in Deutschland in der Pandemie ein Rekordhoch erreicht. 16,1 Prozent der Bevölkerung – das

entspricht 13,4 Millionen Menschen – müssten zu den Armen gerechnet werden, heißt es in dem Bericht“. (Tagesschau, 2021)

Viele dieser Menschen sind wohnungslos bzw. obdachlos. Und viele dieser Problemlagen zeigen sich insbesondere in (deutschen) Metropolen und Großstädten. Dazu schreibt etwa die Stadtverwaltung der Stadt Mainz (o.J.) paradigmatisch:

„Das Thema Wohnen, vor allem das erschwingliche Wohnen, hat sich zu einer der wesentlichen sozialen Fragen des 21. Jahrhunderts entwickelt.“

Und weiter: *„Wegen der Suche nach Anlagemöglichkeiten im Immobilienbereich und insbesondere im Wohnungsmarkt ist in den letzten Jahren eine stetige Preisspirale entstanden, die sich sowohl beim Erwerb von Eigentumswoh-*

nungen und Eigenheimen als auch bei den Mietten drastisch niedergeschlagen hat.“ (Näheres dazu im Beitrag von Butterwegge in dieser Ausgabe).

In Ermangelung einer „Statistik mit verlässlichen Zahlen“ zu wohnungslosen Menschen in Deutschland waren Schätzungen zufolge bis zu 678 000 Menschen im Laufe des Jahres 2018 ohne Wohnung, ca. 41 000 Menschen lebten ohne Unterkunft auf der Straße (Schindel et al., 2021, S. 69). Schreiter und Kollegen weisen in einer systematischen Übersichtsarbeit zur psychischen Gesundheit wohnungsloser Menschen in Deutschland hohe Prävalenzen von psychischen und substanzbezogenen Störungen bei Menschen nach (zitiert bei Schindel et al., 2021, S. 69 f.). 70 Prozent der wohnungslosen Menschen weisen psychische Erkrankungen auf und schätzungsweise 60 Prozent eine substanzbezogene Problematik in Zusammenhang mit dem Konsum von Alkohol bzw. illegalen Drogen (Schreiter et al., 2017, zit. in Bertram et al., in dieser Ausgabe).

Vor dem Hintergrund dieser Fakten, der zum Teil dramatischen Wohnsituation und durch Wechselwirkungen mit Faktoren wie Armut ist auch die Suchthilfe durch Teile ihres Klientels alltäglich stark von der Situation betroffen: Arme drogengebrauchende Menschen haben aufgrund eines häufig problematischen Drogenkonsums oder ihrer Suchterkrankung und zahlreicher Begleiterscheinungen (weitere somatische und psychische Erkrankungen, Geldknappheit auch durch die illegale Drogenbeschaffung, Einsamkeit u. a. m.) große Schwierigkeiten, angemessenen Wohnraum zu finden. Viele Drogenkonsumierende sind daher wohnungs- bzw. obdachlos. Insbesondere Metropolen und Großstädte sind hier in vielfacher Weise betroffen, da sie zu einem Sammelpunkt von Obdachlosigkeit werden, sich Szenen bilden und Szenetreffpunkte entstehen. Einerseits verfestigen sich dort Armut, gesundheitliche und soziale Probleme, Marginalisierung und Segregation (Schroers & Wiering, 2015, S. 131–142). Andererseits ent- bzw. bestehen dort auch Hilfeinfrastrukturen, die Negativfolgen von Drogensucht und Obdachlosigkeit mindern. Ein Beispiel dafür sind Drogenkontaktläden als „institutionalisierte Lebenswelten“ (Schroers, 1995, S. 155). Sie bieten niedrigschwellige Aufenthaltsbereiche, in denen Gleichgesinnte oder Gleichbetroffene in Gemeinschaft zusammenkommen können (a.a.O., S. 154–157). Ein weiteres Beispiel sind niedrigschwellige aufsuchende, ambulante, medizinische Versorgungsangebote („Medical Streetwork“; Trabert, 2002, S. 85–91; „Arztmobil“; Schindel et al., 2021,

S. 71). Im Kontext der Prohibition illegaler Drogen wirken jedoch auch in diesen Schutz- und Rückzugszonen gesellschaftliche, gesetzliche und marktlogische Mechanismen die mit Kommunikations- und Interaktionsverzerrungen einhergehen (Schroers, 1995, S. 11–22).

2 Zentrale Aspekte im Kontext von Sucht und Wohnungslosigkeit

2.1 Suchterkrankung

Wenn wir in diesem Kontext von einer „Sucht“ oder „Suchterkrankung“ sprechen, sind wir uns bewusst, dass diese Begriffe nicht eindeutig definiert sind. Strasser sieht einen Grund in der „Vielschichtigkeit des zugrundeliegenden Phänomens“, welches sich unter verschiedenen Gesichtspunkten (neurobiologisch, medizinisch, soziologisch etc.) betrachten lässt und zudem wie jede pathologische und insbesondere auch pathologisierende Definition stigmatisierend wirken kann bzw. wirkt (Strasser, 2020, S. 11). Strasser kann man folgen, wenn er „Sucht“, den eher wertneutralen Begriff „Abhängigkeit“ oder den nach den heute maßgeblichen Diagnostikkriterien (IC-10 der WHO und DSM-5 der APA [Amerikanische psychiatrische Gesellschaft]) häufig verwendeten Begriff „Abhängigkeitssyndrom“ als eine „Gruppe von Phänomenen mit biologischer, psychischer und sozialer Ausprägung, die sich nach wiederholtem Substanzgebrauch entwickeln können“, umfasst (Strasser, 2020, S. 11). Dabei stehe „ein unwiderstehliches Verlangen, kompulsives Konsumverhalten mit Schwierigkeiten, den Konsum zu kontrollieren, und anhaltendem repetitiv ausgeübtem, exzessivem Konsum trotz schädlicher Konsequenzen“ im Vordergrund (ebd.). Im Kontinuum verschiedener Ausprägungen des Konsumverhaltens insbesondere zwischen Risikokonsum und schädlichem Gebrauch bzw. Abhängigkeit (zu Konsumformen siehe auch Schroers, 2007, S. 8 f.) sind wohnungslose Menschen durch ihre jeweils schlechten „Lebenslagen“ und stark eingeschränkten Möglichkeiten der „Lebensbewältigung“ (Engelke et al., 2009, S. 472) häufig einer langjährig dauernden belasteten Lebenssituation ausgesetzt und bald in ein Stadium einer Abhängigkeit von legalen und/oder illegalen psychoaktiven Substanzen eingetreten.

2.2 Multimorbidität und psychische Versorgung

Laut einer britischen Studie entspricht das durchschnittliche Ausmaß von Multimorbi-

dität und chronischen Erkrankungen eines 43-jährigen wohnungslosen Menschen jenem eines Menschen hohen Alters in der Gesamtbevölkerung (Queen et al., zitiert in Schindel et al., 2021, S. 69). Alkohol wird vermutlich von zwei Dritteln der wohnungs- und obdachlosen Menschen konsumiert, wobei „chronisch kritischer Alkoholkonsum bei einem Drittel der Probanden“ der Studie von Bertram und Kollegen (in dieser Ausgabe) vermutet wird. Die Assoziation (Verknüpfung) von etwa Alkoholkonsum mit einer psychiatrischen Erkrankung ist hoch. So begünstigt etwa der Alkoholkonsum die Entstehung affektiver Störungen, wie Angsterkrankungen und Depressionen, wobei bei Alkoholabhängigkeit die Suizidalität um das 6.5-Fache erhöht ist (Diehl & Batra, 2011, S. 205, 208).

2.3 Wohnungslosigkeit

Die europäische „Typologie für Wohnungslosigkeit“ (ETHOS nach Amore et al., 2011) gibt eine kompakte, kategoriale Übersicht zu den verschiedenen Typen von Wohnungslosigkeit: Angefangen bei unzureichendem oder unsichertem Wohnen über Wohnungslosigkeit bis zur Obdachlosigkeit. Die Typologie verdeutlicht die Spannbreite verschiedener Ausprägungen von Wohnungslosigkeit. Das mit dieser Ausgabe **rausch. Wiener Zeitschrift für Suchttherapie** abgesteckte Feld der Beiträge deckt einige Typen von Wohnungslosigkeit ab, ohne das Feld gänzlich zu beschreiben. In einer phänomenologischen Analyse von Wohnungslosigkeit etwa wird die Begriffsverwirrung um die Begriffe Obdachlosigkeit und Wohnungslosigkeit deutlich. Je nach Blickwinkel, Wahrnehmung und Anschauung entstehen unterschiedliche Begriffskonstruktionen:

„Je nach Perspektive kann der Schwerpunkt der jeweiligen Definition deutlich variieren, eine klare Trennung kann nicht ausgemacht werden.“
(Sonnenberg, 2021, S. 21)

Während Obdachlosigkeit das Schlafen auf der Straße meinte („Platte machen“), würde Wohnungslosigkeit „rein negativ am Fehlen von etwas definiert“ und „Wohnungslosigkeit als vergleichsweise harmlose Vorstufe der linear folgenden Obdachlosigkeit verstanden“ (ebd.). Wohnungslosigkeit wäre somit der Zustand, keine eigene Wohnung zu haben. Stattdessen würden Wohnungslose aber bei Bekannten, städtischen Übernachtungsstellen oder anderen Formen unterkommen können (ebd.). Eine Trennung der Situation anhand der Begriffe

Obdachlosigkeit und Wohnungslosigkeit würde eine inhaltliche Trennung „der gelebten Situation nicht gerecht“ (a.a.O., S. 22) werden. Laut Sonnenberg gäbe es somit zahlreiche Überschneidungen und Graubereiche: Wohnungslose, die zuvor obdachlos waren, hätten womöglich noch eine Unterkunftsmöglichkeit bei den zuletzt verbleibenden Sozialkontakten mit Wohngelegenheit (dann Wohnungslose) und lebten in einer in vielerlei Hinsicht prekären Situation. Dazu zählten zum Beispiel sexuelle Übergriffe oder emotionale Abhängigkeit von Personen. Wohnungslosigkeit sei nicht in jedem Fall besser als obdachlos zu sein (ebd.).

2.4 Ältere Suchtkranke

Bei wohnungslosen Suchtkranken spielt bei der jeweiligen Lebenslage der Betroffenen auch das Alter eine Rolle. Ältere Suchtkranke verfügen häufig nicht über die gesundheitlichen Ressourcen jüngerer Konsumierender. Der Substanzkonsum ab der Mitte des Lebens – bei Wohnungslosen ist dieser Lebensabschnitt aufgrund der vielfältigen gesundheitlichen und sozialen Belastungen, denen sie ausgesetzt sind, häufig vorgezogen – und die damit einhergehenden gesundheitlichen und sozialen Negativ-Folgen resultieren nicht nur durch den problematischen Konsum von Alkohol und illegalen Drogen, sondern auch von Medikamenten. Nicht allein das spezialisierte Sucht- und Drogenhilfesystem, sondern auch das allgemeine Gesundheitssystem steht bei der Versorgung suchtkranker Menschen, insbesondere wohnungslosen Menschen, die ihre Lebensmitte überschritten haben, vor vielfältigen Herausforderungen auf unterschiedlichen Ebenen. Angefangen von zahlreichen Leistungserbringern und weiter über die Unterstützungsleistungen bedarf es bei dieser Gruppe einer Vernetzung und Koordination der beteiligten Systeme und Organisationen sowie eines verbesserten Schnittstellenmanagements (Schmidt & Vogt, 2018). Dieser Punkt ist auch bei den Zuständigkeiten für unterschiedliche Gruppen von wohnungslosen Suchtkranken zu berücksichtigen (siehe 2.6).

2.5 Bio-psycho-soziales Gesundheitsmodell

Im Professionsverständnis Sozialer Arbeit geht es darum, wie sich die Profilbildung der Sozialen Arbeit unter dem Aspekt der sozialen Dimension eines „bio-psycho-sozialen“ Gesundheitsmodells (Tretter, 2019) gestaltet. Das

bio-psycho-soziale Modell von Gesundheit bzw. Krankheit, wie es von der WHO erstmals 2001 unter anderem dem ICF¹ (in deutscher Sprache: *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*) zugrunde gelegt wird, verdeutlicht die vielfältigen dynamischen Prozesse von Wechselwirkungen zwischen Mensch und Umwelt in seinen biologischen, psychischen und sozialen Dimensionen. Es steht einem – lange Zeit dominierenden – statischen Modell von „Sucht“ in der Medizin entgegen und ermöglicht unterschiedliche Maßnahmen zur Gesundung. Ziel ist dabei die Integration suchtbelasteter Menschen in unterschiedliche *Lebensführungssysteme*, zum Beispiel Hilfesysteme, Erwerbstätigkeit, Familien- und private Sozialsysteme und Teilhabe an der Gesellschaft. Der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe kommt dabei das handlungsleitende Ziel zu, das Lebensführungssystem von unterstützungsbedürftigen Menschen (Sommerfeld et al., 2011; Sommerfeld, 2016), die Drogen gebrauchen, zu wandeln, und muss daher mit den entsprechenden Kompetenzen ausgestattet sein (DG SAS, 2015). Die Praxis der Suchthilfe sollte sich idealerweise auf empirische Daten stützen und auf wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhen sowie Erfahrungswissen einbeziehen (*Evidenzbasierung*).

2.6 Zuständigkeit der Suchthilfe

Schindel und Kollegen konstatieren, dass „vor allem in deutschen Ballungszentren schwer überschaubare Parallelstrukturen der Versorgung“ entstanden sind (Schindel et al., 2021, S. 70). Im Diskurs um Zuständigkeiten für wohnungslose Drogenkonsumierende bzw. drogenkonsumierende Wohnungslose wird häufig von einem Bild der Suchthilfe ausgegangen, das allein Behandlung zur Kernaufgabe hat. Mit einer neuerlich wieder stärker herausgestellten Orientierung der Sucht- und Drogenhilfe am bio-psycho-sozialen Gesundheitsmodell (ausführlich: Rummel & Gaßmann, 2020), bei der Suchtarbeit in diesem Verständnis stärker Aufgaben im Bereich der sozialen Dimension dieses Modells wahrnehmen soll, werden wieder vermehrt sozialarbeiterische Ansätze in der Suchthilfeprofession diskutiert. Insofern geht es nicht allein um Behandlung, die auch bei der „Überwindung sozialer Schwierigkeiten“ (Röscher, in dieser Ausgabe) unterstützen kann, sondern auch um sozialarbeiterisches Handeln mit einem „erweiterten Methodenspektrum“ (Stöver, 2012, S. 163). Stöver orientiert sich hier

an Thiersch mit seinem lebensweltorientierten Ansatz Sozialer Arbeit, wonach „die Stärke Sozialer Arbeit [darin] liegt [...], lebensweltorientiert, alltagsnah, und zielgruppenspezifisch arbeiten zu können, theoretisch untermauerte Grundvoraussetzungen, um bedarfsgerechte soziale Unterstützungen in verschiedenen Handlungsfeldern der Suchtkrankenhilfe zu leisten“ (ebd.). Der paradigmatische Ansatz Akzeptierender Drogenhilfe und von Harm Reduction wird operativ mit Maßnahmen umgesetzt, die zumeist lebensweltorientierte, sozialarbeiterische Methoden in der Suchthilfe nutzen (etwa Gastiger & Abstein, 2012, insbesondere S. 7–18, 37–52; näheres siehe Abschnitt 2.7).

Die Suchthilfe ist in vielfältiger Weise durch das Thema Wohnungslosigkeit in Bezug auf ihre Klientel betroffen. Dazu zählt die durch Wohnungslosigkeit mitbedingte schlechte Lebenssituation vieler Drogenkonsumierenden. Die Suchthilfe hält für wohnungslose Suchtkranke verschiedene Angebote bereit. Zum Beispiel: Tagesaufenthalt in niedrigschwelligen Drogenkontaktläden (Schroers, 1995, 2021) mit dem Angebot alltagspraktischer Hilfen (Waschangebote, Mahlzeiten etc.). Sie bietet aber auch Angebote mit „Obdachfunktionen“² an sowie Wohnangebote, wie Ambulant Betreutes Wohnen (zum Beispiel INDRO, 2021, S. 41–43; siehe hierzu auch den Beitrag von Krause in dieser Ausgabe), Notschlafplätze, Wohngruppen u. a. m. Diese Drogenhilfe-Angebote, die spezifisch für die Bedarflagen wohnungsloser Drogengebraucher:innen zur Verfügung stehen, gibt es in Deutschland schon seit mehr als 30 Jahren. Dabei spielt der Zugang zu den Betroffenen auf der Beziehungsebene, das „in Kontakt kommen“ eine wesentliche Rolle beim Zustandekommen einer sog. Arbeitsbeziehung, wie verschiedene Beispiele verdeutlichen (Schroers, 1995, S. 129, 135; Hansjürgens, 2018, S. 97 ff.). Klient:innen reagierten allerdings mit Misstrauen,

„wenn sie den Eindruck gewannen, dass sie sich über ihr Anliegen mit ihrer Problemkonstruktion nicht verständlich machen konnten oder diese den expliziten Strukturen und impliziten Regeln des Feldes untergeordnet werden.“ (a.a.O., S. 271; Hervorhebung im Original)

Diese auf empirischen Forschungsergebnissen beruhende Feststellung spricht für lebenswelt-

¹ In englischer Sprache: International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF).

² Mit Obdachfunktion ist gemeint, dass Besucher:innen niedrigschwelliger Einrichtungen unter anderem räumlichen Schutz vor Witterungsbedingungen suchen (Schroers, 1995, S. 86).

nahe Hilfe-Angebote und gegen zu viele Strukturvorgaben andersartiger Angebote für die Inanspruchnahme von Unterstützung und Hilfe.

Bei der Frage, wer für das Thema Wohnungslosigkeit bei Obdachlosen im Hilfesystem tätig werden kann bzw. sollte, wäre nicht allein die Fallzuständigkeit zu klären, sondern anhand verschiedener Fragestellungen auch eine „mehrdimensionale Sichtweise“ anzuwenden („Multiperspektivische Fallarbeit“; Müller 2017, S. 46). Diese Sichtweise beschreibt Müller anhand von verschiedenen Dimensionen der Fallarbeit in der Sozialen Arbeit, die er als drei Arbeitsregeln formuliert:

- 1) Der zu klärende Sachaspekt („Fall von“), zum Beispiel welche Gesetzgebung (hier etwa Sozialgesetzbücher, zum Beispiel Eingliederungshilfe nach dem SGB IX) maßgeblich anzuwenden ist.
- 2) Die Einbeziehung anderer Instanzen und Professionen („Fall für“), wobei ein „Verweisungswissen“ auf mögliche einzubeziehende Stellen erforderlich ist (Spondel, zit. a.a.O., S. 47).
- 3) Fälle können nur gemeinsam mit den Betroffenen gelöst werden („Fall mit“), die wiederum zur Mitarbeit zu gewinnen sind (a.a.O., S. 48).

2.7 Akzeptierende niedrigschwellige Drogenarbeit

In der neueren Geschichte der bundesdeutschen Suchthilfe gab es nach Einsetzen der sog. Drogenwelle in den 1968er Jahren zahlreiche bedenkliche Entwicklungen hinsichtlich des Umgangs mit Drogenkonsumierenden in Institutionen der Suchthilfe. Dazu zählten die stark mit Entmündigung, Herabsetzung, Psychopathologisierung und Entrechtung einhergehenden Therapieprogramme. Weiterhin gehört in diese Aufzählung von Irrwegen in der Deutschen Suchthilfe der defizitorientierte Blick auf Drogenkonsumierende, eine Professionalisierung der Suchthilfe unter sachfremden Kriterien der Bürokratie sowie das unbedingte Bestehen auf dem Heilungsideal Abstinenz als alleiniges Ziel (sog. *Königsweg*) in der Behandlungskette. Dies wurde unterstützt durch ein sehr restriktives Betäubungsmittelrecht, die Klientelisierung von Konsumierenden (Gerlach & Engemann, 1995, S. 25–49; Klein, 2018, S. 253–258) und die Etikettierung von Drogenkonsumierenden. Ein Beispiel aus neuerer Zeit ist hierfür der Begriff „chronisch mehrfachbeeinträchtigt abhängig“ (CMA)³ wobei „eine di-

chotome Einteilung in CMA und Nicht-CMA nicht adäquat“ erscheint (Schlanstedt et al., 2001). Die bedenklichen Entwicklungen in Teilen der Suchthilfe werden zum Teil auch für die Entwicklungen in der Wohnungslosenhilfe thematisiert (siehe der Beitrag von Rohrmann, in dieser Ausgabe).

Der Paradigmenwechsel zur Akzeptierenden Drogenarbeit erfolgte in Deutschland Mitte der 1980er Jahre als eine Umorientierung zu und eine Wiederbelebung von Akzeptierenden Ansätzen in der Suchthilfe. Laut *Akzept e.V.* beinhaltet der Begriff „Akzeptanz“, das Angebot eines Dialogs „zwischen unterschiedlichen Werten und Lebensstilen“ (Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik). Dabei geht es im Bereich der Drogenarbeit darum, die Lebensentwürfe drogenkonsumierender Menschen vor dem Hintergrund persönlicher und sozialer Entstehungsgeschichten zu verstehen. Drogenabhängigkeit wird nicht als statischer Zustand, sondern eher als prozesshaftes Geschehen begriffen (Schneider, 2005, S. 269), mit multifaktoriellen Entstehungs- und Ausstiegsgründen für unterschiedliche Drogengebrauchsverläufe. Dabei stehen Selbstbestimmung, Empowerment sowie emanzipative Selbsthilfe und Selbstbemächtigung im Vordergrund (akzept e.V., o.J.). Gegenüber rein ordnungspolitischen Mitteln steht eine an Harm Reduction (Schadensminderung) orientierte Gesundheitspolitik im Fokus (Schroers, 2021, S. 36; siehe auch Krause, in dieser Ausgabe). Dabei werden zahlreiche bedarfsgerechte, niedrigschwellige sozialarbeiterische Methoden umgesetzt, wie zum Beispiel: Drogenkontaktladen, Kontaktcafé/Tagescafé, Notschlafstelle, Krisenintervention, Aufsuchende Hilfen/Streetwork und ambulant betreutes Wohnen (Schroers, 2021, S. 39–41).

3 Integrative Hilfen und sektorenübergreifende Zusammenarbeit

Theo Wessel hat bereits vor zwanzig Jahren auf das Dilemma von Zuständigkeiten und Nichtzuständigkeiten im Versorgungssystem hingewiesen und es treffend als „Bermuda-Dreieck“ für Patient:innen „zwischen Psychiatrie, Obdachlosenhilfe und Suchtkrankenhilfe“ die zu einer Ausgrenzungsdynamik beiträgt, beschrieben (Wessel et al., 2002, S. 69 f.). Bei einer übergreifenden Planung zum Beispiel der sich auf der Handlungsebene teilweise überschneidenden Sektoren Wohnungslosenhilfe, Psychiatrie und Suchthilfe kommt es darauf an, gemeinsame wirkungsorientierte strategische Ziele zu formulieren und Aufgaben zu verteilen

³ Dieser Definitionsvorschlag wurde von der Arbeitsgruppe CMA im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) erarbeitet.

(*intersektionale Kooperation*). Auch institutionelle und fallbezogene Kooperationen sollen sichergestellt und gemeinsame (Be-)Handlungskonzepte entwickelt werden. Für die Suchthilfe bedarf es eines Handlungssystems, das ein Zusammenwirken von Abstinenzbehandlung und Schadensminderung im Sinne eines „therapeutischen Kontinuums“ (Uchtenhagen, 2015) und mehr Durchlässigkeit der Umsetzung der drogenpolitischen Säulen (Prävention, Harm Reduction, Beratung, Reintegration oder ähnliches) ermöglicht.

In dem o.g. Sinne könnte ein *integratives Hilfesystem* gestaltet werden (Schroers, 2018). Dies beinhaltet, ein Angebotsspektrum bereitzustellen, das unterschiedliche Ziele (zum Beispiel Abstinenz und Akzeptanz) für verschiedene Zielgruppen (junge, alte oder in unserem Beispiel wohnungslose Menschen mit problematischem oder süchtigem Konsum) in das Hilfesystem integriert. Dabei geht es auch um eine Entstigmatisierung von Konsumierenden (Schomerus et al., 2017), besonders der Suchtkranken ohne Obdach und allgemein bei Menschen mit problematischem Konsumverhalten. Ein weiteres Ziel ist die (Re-)Integration von suchtkranken Menschen in die Gesellschaft, so zum Beispiel in folgenden Bereichen: Wohnen, Gesundheit, Arbeitsmarkt und Pflege. Wünschenswert ist hier auch eine verstärkte Ausbildung der „Gehstruktur“ in der Suchthilfe, bei der beispielsweise im Handlungsfeld „Aufsuchende Arbeit“ und „Streetwork“ nicht nur Sozialarbeiter:innen aus der Sucht- und Drogenhilfe Ansprechpartner:innen vor Ort an Szenetreffpunkten sind, sondern im Team mit Psychiater:innen, Sozialarbeiter:innen in der Wohnungslosenhilfe und beispielsweise vom Gesundheitsamt die betroffenen wohnungslosen Suchtkranken aufsuchen. Die Helfenden können für suchtkranke Wohnungslose, zum Beispiel durch eine einheitliche Farbgestaltung der Kleidung oder bei den mitgeführten Taschen schnell erkennbar sein, damit im direkten persönlichen Kontakt unmittelbar die verschiedenen Problemebenen angesprochen werden können und Menschen mit Hilfebedarf direkt zu entsprechenden Angeboten im Hilfesystem weitergeleitet oder begleitet werden („Zürcher Modell“; Stadt Zürich, 2020). Für diesen arbeitsteiligen Ansatz spricht auch, dass die Mitarbeitenden verschiedener Berufsfelder unterschiedliche für diesen Fall benötigte Kompetenzen zur Problemerkennung, -bearbeitung und -lösung mitbringen.

Über die geschilderten praktischen Ansätze hinaus bedarf es im Rahmen der strategischen Planung für die Suchthilfe (im kommunalen Setting; s. o.) eines funktionierenden

Schnittstellenmanagements zur Überbrückung von Versorgungslücken sowie ein Nahtlosigkeitsprinzip zur Nutzung von anschließenden Angeboten weiterer Hilfe- und Versorgungsbereiche und Sektoren (auch Schroers, 2018, S. 244). Der integrative Ansatz trägt dazu bei, dass Menschen mit einer Konsum- bzw. Suchtproblematik mit ausreichend und qualitativ hochwertigen (Sucht-)Hilfe-Angeboten erreicht werden.

4 Weitere Forschung

Neben den in dieser Ausgabe dargestellten Aspekten des Themas „suchtkrank, arm, wohnungslos“ wäre es interessant, die Rolle von „Sicherheit“ im öffentlichen Raum etwa im Verhältnis zum Hilfeversorgungssystem auf Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse zum Thema näher zu betrachten. Obdachlose Menschen, Menschen mit auffälligem Drogenkonsum und generell marginalisierte Menschen und Gruppen werden hier häufig, beflügelt durch die Herausstellungen subjektiver Wahrnehmungen (*subjektives Sicherheitsgefühl*) einseitig als *Sicherheitsrisiko* eingeschätzt. Im Zuge *sozialer Kontrolle* und deren Umsetzung in kriminalpolitischen Tendenzen hat sich „das auf Sicherheit zielende Risikomanagement die Risikoverringerung durch technische Vorkehrungen“ vorgenommen (Dollinger et al., 2015, S. 145). Dazu zählen die kameragestützte Überwachung öffentlicher Plätze über die Möglichkeiten der Gesichtserkennung anhand biometrischer Merkmale, ergänzt um den verstärkten Einsatz privater Wachdienste, die mit *Security-Personal* an *sensiblen Orten* (sog. *Brennpunkte* oder *soziale Problemzonen*, Verkehrsknotenpunkte oder schlicht Wohlhabenden-Quartiere) patrouillieren. Diese Aspekte würden einen anderen Themenbereich einleiten, der umfassend Raum zur Darstellung benötigt. Zum jetzigen Stand des Themas „suchtkrank, arm, wohnungslos“ fehlen noch praxiologisch relevante, „dichte Beschreibungen“ (Geertz, 1973), in denen Praktiken der betroffenen Subjekte etwa zur Lebensbewältigung und die kontextuellen Umwelt-Gegebenheiten und deren Wechselwirkungen mit den Subjekten analysiert werden. So zum Beispiel durch *Taxonomisierung von Setting-Programmen* (vgl. zum Behavior-Setting-Ansatz; Fuhrer, zit. in Schroers, 1995, S. 70) und wie dies neuerlich in verschiedenen, *wenig standardisierten* Untersuchungen (auch: Methoden qualitativer Sozialforschung) zur Wohnungslosigkeit geschieht (Borstel et al., 2021). Mit der hier ange deuteten Methodologie in Kombination oder im Methodenmix (*Mixed-Methods-Ansatz*) mit

deskriptiv statischen Methoden sind weiterhin „innovative und repräsentative Forschungsansätze (...) gefragt, um die gesundheitlichen und sozialen Dimensionen von Wohnungslosigkeit adäquat“ zu erfassen und damit deren Ergebnisse Praxisrelevanz haben (Gordon et al., zit. Schindel et al., 2021, S. 70).

5 Ausblick – politische Schritte

Wenn im November 2020 das EU-Parlament die Entwicklung langfristiger, nationaler Strategien aller Mitgliedstaaten zur Beendigung von Obdachlosigkeit bis zum Jahr 2030 forderte und im Bundestag gegenwärtig ein nationales Aktionsbündnis zur Vermeidung und Bewältigung von Wohnungs- und Obdachlosigkeit sowie Strategien gegen Wohnungslosigkeit bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen diskutiert wird (ebd.), so sind das wichtige Schritte, um das Thema Obdachlosigkeit umfassend anzugehen. Es ist zu hoffen, dass hierbei aktuelle Forschungsergebnisse und auch die Aspekte suchtkrank und arm und das Zusammenwirken verschiedener Versorgungssysteme mitgedacht wird.

Literatur

- Akzept e.V. (o.J.). Ziele. Abgerufen von: akzept.org/ziele.html – zuletzt aufgerufen: 31.01.2022.
- Amore, K., Baker, M. & Howden-Chapman, P. (2011). The ETHOS definition and classification of homelessness: an analysis. *European Journal of Homelessness*, 5(2), 19–37.
- Borstel, D., Sonnenberg, T. & Szczepanek, S. (2021). *Die „Unsichtbaren“ im Schatten der Gesellschaft – Forschungen zur Wohnungs- und Obdachlosigkeit am Beispiel Dortmund*. Wiesbaden: Springer VS.
- DG SAS. (2015). *Kompetenzprofil der Sozialen Arbeit*. Münster.
- Diehl, A. & Batra, A. (2011). Psychiatrische Komorbidität bei Alkohol- und Tabakabhängigkeit. In M. Singer, A. Batra & K. Mann (Hrsg.), *Alkohol und Tabak – Grundlagen und Folgeerkrankungen* (S. 205–215). Stuttgart: Thieme.
- Dollinger, B., Groenemeyer, A. & Rzepka, D. (Hrsg.). (2015). *Devianz als Risiko. Neue Perspektiven des Umgangs mit abweichendem Verhalten, Delinquenz und sozialer Auffälligkeit*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Engelke, E., Borrmann, S. & Spatscheck, Ch. (2009). *Theorien der Sozialen Arbeit. Eine Einführung*. Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Geertz, C. (1973). *Dichte Beschreibung Beiträge zum Verstehen kultureller Systeme*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp. [Englisches Original: Thick description: Toward an interpretive theory of culture. The Interpretation of Culture. Selected Essays]
- Gastiger, S. & Abstein, H. J. (Hrsg.). (2012). *Methoden der Sozialarbeit in unterschiedlichen Arbeitsfeldern der Suchthilfe*. Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Gerlach, R. & Engemann, St. (1995). *Zum Grundverständnis akzeptanzorientierter Drogenarbeit. Erläuterungen kulturhistorischer, und drogenpolitischer Zusammenhänge*. Münster: Indro.
- Hansjürgens, R. (2018). „In Kontakt kommen“. *Analyse der Entstehung von Arbeitsbeziehungen in Suchtberatungsstellen*. Baden-Baden: Tectum.
- INDRO e.V. (2021). 30 Jahre niedrigschwellige, akzeptanzorientierte Drogenarbeit, 20 Jahre Drogenkonsumraum. Jahresbericht 2020/2021 Berichtszeitraum 01.07.2020–30.06.2021. www.indro-online.de/wp-content/uploads/2021/07/jbindro2021.pdf – zuletzt aufgerufen: 18.01.2021.
- Klein, M. (2018). Suchthilfe im Überblick – Geschichte und Entwicklungsaufgaben der Suchthilfe in Deutschland. *Rausch. Wiener Zeitschrift für Suchttherapie*, 7/8(4/1), 253–263.
- Müller, B. (2017). *Sozialpädagogisches Können. Ein Lehrbuch zur multiperspektivischen Fallarbeit* (8. Aufl.). Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Rummel, Ch. & Gaßmann, R. (2020). *Sucht. Bio-Psycho-Sozial*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schindel, D., Lech, S., Radlbeck, D., Schlimper, G. & Schenk, L. (2021). Wohnungslos und krank. *Dtsch Arztebl*, 118(3), A-96/B-82.
- Schlanstedt, G., Schu, M., Sommer, L. & Oliva, S. (2001). Zur Definition von „chronisch mehrfachbeeinträchtigt abhängig“ – Eine empirische Überprüfung anhand von Daten des Kooperationsmodells nachgehende Sozialarbeit. *Sucht*, 47(5), 331–340.
- Schmid, M. & Vogt, I. (2018). Konsum und Abhängigkeit von Alkohol und Straßendrogen nach der Lebensmitte: Modelle der Versorgung in Deutschland. *Rausch. Wiener Zeitschrift für Suchttherapie*, 7/8(4/1), 349–360.
- Schneider, W. (2005). Akzeptanzorientierte Drogenarbeit. Ausgangssituation. In B. Dollinger & W. Schneider (Hrsg.), *Sucht als Prozess. Sozialwissenschaftliche Perspektiven für Forschung und Praxis* (S. 267–281). Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung.
- Schomerus, G., Bauch, A., Elger, B. et al. (2017). Das Stigma von Suchterkrankungen verstehen und überwinden [Memorandum]. *Sucht*, 63(5), 254–259.
- Schroers, A. (1995). *Szenealltag im Kontaktcafé. Eine sozial-ökologische Analyse akzeptanzorientierter Drogenarbeit. Studien zur qualitativen Drogenforschung und akzeptierender Drogenarbeit* (Bd. 6). Berlin: VWB.

- Schroers, A. (2007). Früh erkennen – rechtzeitig intervenieren. Frühinterventionen im Verständnis eines integrativen Ansatzes zielgruppenorientierter Suchtprävention. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 30(1), 7–21.
- Schroers, A. (2018). Editorial. Integrative Suchthilfe – Entwicklungen, Herausforderungen und Perspektiven. *Rausch. Wiener Zeitschrift für Suchttherapie*, 7/8(4/1), 243–249.
- Schroers, A. (2021). Niedrigschwellige Suchthilfen – Konzepte und Angebote am Beispiel der Stadt Mainz. In DHS & BAG W (Hrsg.), *Suchtkrank und Wohnungslos – Wie kann die Hilfe bedarfsgerecht erfolgen? Tagungs-Reader zur Kooperationstagung von Deutscher Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) und Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. (BAG W)* (S. 33–43). www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Veranstaltungen/Dokumentation_Kooperationstagung_2021.pdf
- Schroers, A. & Wiering, D. (2015). Alkoholsuchtprävention: Strategien europäischer Städte: Rotterdam und Wien. *Rausch. Wiener Zeitschrift für Suchttherapie*, 4(2), 131–142.
- Sommerfeld, P. (2016). Sucht – ein medizinisches oder ein soziales Problem? *SuchtMagazin*, 6, 27–31.
- Sommerfeld, P., Hollenstein, L. & Calzaferri, R. (2011). *Integration und Lebensführung. Ein forschungsgestützter Beitrag zur Theoriebildung der Sozialen Arbeit*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Sonnenberg, T. (2021). Wohnungslosigkeit – Eine phänomenologische Analyse. In D. Borstel, T. Sonnenberg & St. Szczepanek (Hrsg.), *Die „Unsichtbaren“ im Schatten der Gesellschaft – Forschungen zur Wohnungs- und Obdachlosigkeit am Beispiel Dortmund* (S. 19–73). Wiesbaden: Springer VS.
- Stadt Mainz. (o.J). www.mainz.de/leben-und-arbeit/wohnraum-fuer-mainz.php – zuletzt aufgerufen: 20.01.2022.
- Stadt Zürich. (2020). *Drogen- & Suchtpolitik. Grundlagen und Strategie*. Abgerufen von www.stadt-zuerich.ch/portal/de/index/politik_u_recht/stadtrat/weitere-politikfelder/drogen-sucht/politik/strategie.html – zuletzt aufgerufen am 26.01.2022.
- Stöver, H. (2012). *Konzepte und Arbeitsmethoden der Sozialen Arbeit*. Suchttherapie, 13, 162–166.
- Strasser, J. (2020). Was versteht man unter einer Sucht? In O. Schmid & Th. Müller (Hrsg.), *Die Suchtenzyklopädie. Addictionary* (S. 11–12). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Tagesschau. (2021, 16. Dez.). *Armut in der Pandemie*. www.tagesschau.de/inland/armut-deutschland-paritaetischer-wohlfahrtsverband-101.html – zuletzt aufgerufen: 20.01.2022.
- Trabert, G. (2002). Aufsuchende ambulante medizinische Versorgung. In K. Nouvertné, Th. Wessel & Ch. Zechert (Hrsg.), *Obdachlos und psychisch krank* (S. 80–91). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Tretter, F. (2019). Die humanökologische Perspektive für die psychosoziale Praxis. *SuchtMagazin*, 3, 13–20.
- Uchtenhagen, A. (2015). *Schadensminderung – Leitstern der Europäischen Drogenpolitik?* (unveröffentlichter Vortrag). Wien: Berufsverband Österreichischer PsychologInnen (BÖP).
- Wessel, Th. (2002). Im „Bermuda-Dreieck“ – Patienten zwischen Psychiatrie, Obdachlosenhilfe und Suchtkrankenhilfe. In K. Nouvertné, Th. Wessel & Ch. Zechert (Hrsg.), *Obdachlos und psychisch krank* (S. 68–79). Bonn: Psychiatrie-Verlag.



Credits picture people

Dr. Artur Schroers
Diplom-Pädagoge
Leiter der Abteilung Suchthilfen
der Landeshauptstadt Mainz
dr.artur.schroers@stadt.mainz.de