

Wohnungslosigkeit –

auch ein Symptom seelischer Erkrankung?

Zum besonderen Verhältnis von Wohnungslosenhilfe und Psychiatrie

Wer mit Menschen zu tun hat, die im Übermaß Rauschmittel konsumieren, der weiß, dass Sucht alle Bereiche des Lebens berührt: Privates und Berufliches, Familie und Freunde, Strafrecht und Betreuungsrecht, Sorgerecht und Jugendhilfe, Medizin und Sozialarbeit – um nur einige zu nennen. Insofern sind diejenigen, die Suchtkranken helfen wollen, mit sehr komplexen Fragestellungen befasst, obwohl sie selbst keinerlei suchtspezifische Ausbildung haben.

Der Fachausschuss Sucht der DGSP hat es sich zur Aufgabe gemacht, die Personen zu ermutigen und zu unterstützen, die in ihrem beruflichen Alltag mit Suchtkranken zu tun haben ohne Suchtexperten zu sein. Da sie oft die ersten Vertrauenspersonen der Betroffenen sind, ruht auf Ihnen eine besondere Verantwortung. Sie haben die Chance, die Betroffenen für erste Veränderungsschritte zu motivieren und sie bei Bedarf in weitergehende Hilfen zu vermitteln. Sehr häufig führt eine kompetente Unterstützung in bedeutsamen psychosozialen Helfefeldern auch dazu, dass die Betroffenen ihren Rauschmittelkonsum verändern, wenn sie eine adäquate Wohnung haben, sinnstiftend beschäftigt sind oder tragfähige freundschaftliche Kontakte knüpfen konnten.

In besonderer Weise gilt das für die Wohnungslosenhilfe. Sie stand deswegen auch im Mittelpunkt des 6. Fachtages Sucht der DGSP zum Thema „Begegnung mit süchtigen Klienten – eine unvermeidbare Herausforderung zum gemeinsamen handeln“. Dabei wird davon ausgegangen, dass es sehr häufig besser ist, wenn die Profis, die in ihrem suchtspezifischen Arbeitsfeld direkt mit den Betroffenen zu tun haben, diese Herausforderung selbst annehmen und in einem Netzwerk mit anderen selbst initiativ werden und kompetent handeln.

Viele Untersuchungen zeigen – ich werde darauf später noch kommen – dass seelische Erkrankungen, insbesondere Suchterkrankungen, bei Wohnungslosen besonders häufig sind. Man könnte annehmen, dass der Einstieg in das Thema Sucht und Wohnungslosigkeit dadurch ganz leicht fällt. Die Diskussionen der letzten Jahrzehnte zwischen Wohnungslosenhilfe und Psychiatrie haben aber

gezeigt, dass das Thema sensibler ist, als man zunächst denken mag. Bevor ich inhaltlich in das Thema Sucht und Wohnungslosigkeit einsteige, möchte ich versuchen, diese Sensibilitäten respektvoll anzusprechen. Sie mögen mir dann am Ende meines Beitrages zurückmelden, ob ich die relevanten Diskussionspunkte richtig beschrieben habe und ob ich ausreichend respektvoll damit umgegangen bin. Mein Ziel wäre es, am Ende mit aller angemessenen Bescheidenheit die Verantwortungsgemeinschaft zwischen Wohnungslosenhilfe, Suchthilfe und Psychiatrie so zu stärken, dass die Betroffenen einen Profit davon haben können. Ein Optimierungspotential sehe ich auf jeden Fall, auch wenn in dem Positionspapier der BAG Wohnungslosenhilfe aus dem Jahre 2008 schon sehr viele eindruckliche Kooperationsbeispiele dargestellt sind, gerade auch vom Diakonischen Werk in Hamburg.

Im Mittelpunkt steht aus meiner Sucht die Frage, wie es gelingen kann, wohnungslosen Menschen – auch außerhalb der Wohnungslosenhilfe - den Respekt zukommen zu lassen, den sie genauso verdienen wie alle anderen Teilhabenden am gesellschaftlichen Leben. Es ist keine Frage, dass das in unserer Gesellschaft weiterhin nicht als durchgängig gegeben angesehen werden kann.

Wer die Geschichte kennt, weiß, dass es richtig ist, mit diesem Stigma sensibel, aber auch kämpferisch umzugehen. Ich bin im vergangenen Herbst in der BruderhausDiakonie in Buttenhausen gewesen, die ihr 80jähriges Jubiläum feierten. Wer rechnen kann, kommt schnell dahin, dass diese Einrichtung u.a. für wohnungslose Menschen 1935 gegründet worden ist, um im Stuttgarter Raum wohnungslose Menschen in Arbeitshäusern zu internieren. 10 km weiter in Grafeneck wurden ab Januar 1940 dort die ersten Menschen von den Nazis vergast – Wohnungslose und behinderte Menschen. Ich möchte jedem, der noch nicht da war, empfehlen, die Gedenkstätte einmal zu besuchen.

Die nationalsozialistische Rassenlehre sah in den sog. „Asozialen“ degenerierte Menschen, die kein Recht auf Familie und Fortpflanzung, letztlich auch kein Recht auf ein eigenes Leben haben. Da die Begründung für diese Degenerationshypothese aus der anthropologischen und medizinischen, speziell der psychiatrischen Wissenschaft kam, gab es in der Reaktion der 60er und 70er Jahre große Vorbehalte, wohnungslose Menschen über ihre Defizite zu bestimmen und über diese Entwertung die geistige Tradition der Rassenhygiene weiter fortzusetzen. Dem entsprechend begegnete man den Psychiatern, Neuropathologen, Biologen und Anthropologen mit großem

Misstrauen. Gerade aus den Sozialwissenschaften heraus wurden die gesamtgesellschaftlichen Ursachen stärker im Mittelpunkt gesehen, insbesondere die Armut und die Marginalisierung derer, die nicht so mitmachen wollten, wie es die bürgerliche Gesellschaft erwartete. Die Gesellschaftskritik dieser Zeit solidarisierte sich sehr stark mit diesen Randgruppen und nutzte sie auf diese Weise als Beleg dafür, dass die kapitalistische Werteordnung den Starken fördert und schützt und die Schwächeren in Armut und Wohnungslosigkeit treibt.

Die Ausläufer dieser Polarisierung habe ich selbst noch mitbekommen. Die Psychiatrische Klinik in Bethel, in der ich meine Facharztausbildung gemacht habe, hatte damals zwei Stationen für alkoholranke Menschen, eine für chronische Alkoholranke ohne Abstinenzabsichten und eine andere für abstinenzorientierte Patienten, oft Erstentgifter oder Suchtkranke aus bürgerlicheren Milieus. Ich habe damals auf der Station gearbeitet, auf der die Wohnungslosen Suchtkranken in der Regel waren. Wir nannten die Patienten auf der anderen Suchtstation etwas verächtlich die „Krawattentrinker. Die mussten Gruppenprogramme machen, Selbsthilfegruppen besuchen, Kontakt zu Suchtberatern aufnehmen und Langzeittherapien beantragen. Auf meiner Station war das anders. Da war es viel gemütlicher, herzlicher, eben einfach menschlicher. Wir nahmen die Menschen so, wie sie waren und hatten wenig Veränderungsansprüche an sie. Mit vielen waren wir auf Du und Du. Dass viele andere da nicht arbeiten wollten, hat uns nicht gestört. Wir sahen uns als sozialreformerische Avantgarde, die die neue Werteordnung vertrat, in der jeder so respektiert wird wie er ist und in der die wechselseitige Sympathie zwischen den chronischen Patienten und uns als Mitarbeiter der Beleg dafür war, dass wir unsere Mission erfolgreich erfüllten – auf Augenhöhe zu sein mit den „Outlaws“. Niederschwelligkeit wurde das Zauberwort, hinter dem wir uns versammelten. Ich hatte damals das Gefühl – und ich glaube, das war auch so – den KollegInnen von der Wohnungslosenhilfe ganz nah zu sein.

Das war in den 90er Jahren. Nachdem wir das lange Jahre so praktiziert haben, kamen nach und nach Zweifel bei mir auf, ob die Tatsache, dass wir uns alle gut damit fühlten und dass unsere chronischen Patienten das auch gut fanden, der Beleg dafür war, dass das richtig ist, was wir da gemacht haben. Es fing damit an, dass Patienten, die zu uns kamen, um ihr Alkoholproblem zu besiegen, mich irritiert ansprachen, weil sie mitbekommen hatten, dass viele chronisch Suchtkranke den stationären Aufenthalt bei uns fest in ihr Trinkmuster eingeplant hatten. Sie verabredeten sich zu gemeinsamen stationären

Aufenthalten und verbrachten mit uns eine schöne Zeit, und dann verabredeten sie sich wieder für draußen für eine schöne Zeit ohne uns, dafür mit viel Alkohol. Die Zeit bei uns war dann oft die am Ende des Monats, wenn sie kein Geld mehr hatten. Ich verurteile das nicht. Vermutlich würde ich in einer vergleichbaren Lebenssituation auch so handeln. Aber ich bekam zunehmend Zweifel, ob ein Krankenhaus dafür da ist.

Wir haben dann unser Konzept für Menschen mit chronischen Suchterkrankungen verändert. Es gab und gibt noch immer für eine Teilgruppe ein Modell, das ich mit dem Sprichwort „Leben und leben lassen“ charakterisieren will. Es beinhaltet, dass auch ein chronisch Suchtkranker ohne Abstinenzmotivation 5 Tage im Monat bei uns stationär entgiften kann – aber mehr eben nicht, es sei denn, es gibt einen konkreten Arbeitsauftrag. Sonst besprechen wir mit unseren Patienten immer sehr genau, was der gemeinsame Arbeitsauftrag eines Aufenthaltes sein soll. Wir offerieren dabei ein breites Spektrum an Unterstützungsmöglichkeiten, erwarten aber auch, dass die Betroffenen das mit einbringen, was in ihren eigenen Möglichkeiten liegt. Dabei geht es oft gar nicht primär um Abstinenz, sondern eher um Wohnraum, Beschäftigung, soziale Konfliktslagen, finanzielle Probleme und seelische Schwierigkeiten, also häufig um Themen, die wir als Krankenhaus allein mit unseren Mitteln gar nicht bedienen können. Allerdings: Oft zeigt sich, dass sich die Probleme besser lösen lassen, wenn der Mensch aus der Wohnungslosigkeit das Suchtproblem besser im Griff hat. Leitsatz unserer Arbeitsphilosophie in der sozialpsychiatrischen Suchtarbeit ist an dieser Stelle: Konsumkontrolle ist kein Selbstzweck, sondern Mittel zum Zweck !

Jeder soll wissen, warum es sich für ich/sie und das eigene Leben lohnen könnte, Substanzkonsum zu reduzieren oder sogar aufzugeben, und sei es nur zeitweise. Ob etwas selbst- oder fremdmotiviert ist, spielt primär keine Rolle.

Was bedeutet das für den Wohnungslosen ? Wenn der Wohnungslose gerne eine eigene Wohnung hätte, dann ist es leichter auf dem Wohnungsmarkt, wenn man zumindest beim Vorstellungsgespräch nüchtern ist, vielleicht kann man die Wohnung auch besser halten, wenn man seinen Suchtmittelkonsum unter Kontrolle hat. Auch wenn der Wohnungslose sich über seine Armut beklagt, weil er mit seinem Taschengeld im Rahmen der stationären 67er Leistungen kaum seinen Tabak bezahlen kann, dann sind Zuverdienstmöglichkeiten leichter zu erreichen, wenn jemand nicht jeden Tag betrunken ist. Auch wer als Wohnungsloser wieder Kontakt zu den Menschen haben möchte, die er in seinem Leben zurückgelassen hat – oder von denen er

verlassen worden ist – so ist das leichter, wenn man bei der Kontaktaufnahme sein Suchtproblem im Griff hat.

Lange Rede, kurzer Sinn:

Wer Wohnungslosen, die (auch) ein Suchtproblem haben, in ihren sozialen Problemen helfen will, muss Kompetenzen oder zumindest Netzwerkpartner haben, um ein solches Problem besser in den Griff zu bekommen. Und es muss ausreichend attraktive Perspektiven geben.

Nun sage ich Ihnen nichts Neues, dass das nicht so einfach ist, wie man denkt, weil viele chronisch Suchtkranke keinerlei Motivation erkennen lassen, an ihrem Suchtproblem was zu verändern, weil sie genügend andere Probleme haben. Muss man daraus nicht schlussfolgern, dass es eine Frage des Respektes ist, auch diese Menschen so anzunehmen wie sie sind und ihnen ihren Suchtmittelkonsum zu lassen ?!

Ich möchte sagen: Ja und nein. Oder besser: nein und ja !

Ich weiß nicht, ob die, die in einer Metropole wie Hamburg im niederschweligen Bereich der Wohnungslosenhilfe arbeiten, mir als klinischem Psychiater aus Bielefeld zubilligen, kluge Aussagen über die Arbeit mit suchtkranken Wohnungslosen zu machen. Ich denke, Sie werden mir zustimmen, wenn ich sage: Niemand sucht sich sein Leben in Armut, Wohnungslosigkeit und Sucht freiwillig aus. Jeder hat seine Geschichte, wie er dahin gekommen ist. Und diese Geschichte will verstanden werden. Und diese Geschichte ist geprägt von äußeren Einflüssen, die die Entfaltung der jeweiligen Person beeinträchtigt haben, aber auch von individuellen Beschränkungen und Beschädigungen, die es den Personen nicht ermöglicht haben, die gestellten Lebensaufgaben autonom zu bewältigen. Dieses Verstehen ist eine humanistische Aufgabe und macht es erforderlich, den Menschen in seinem Gewordensein zu erforschen. Man wird dann auf manche tragische Aspekte im Umfeld und in der Person stoßen, die man verbessern oder korrigieren kann, und auf andere, bei denen das nicht möglich ist. Was nicht änderbar ist oder was die betroffene Person gar nicht mehr verändern möchte, das muss man respektieren und ein Leben in Würde ermöglichen. Wo aber Veränderungschancen liegen und vom Klienten ausgeschöpft werden wollen, ist es die verdammte Aufgabe der beteiligten Personen, diese Entwicklungsoptionen nach vorhandenen Kräften zu ermöglichen und nicht vorzeitig alles als gegeben anzunehmen, oder noch schlimmer: den Status quo als Menetekel für eine ungerechte Gesellschaft zu konservieren. Oder noch

schlimmer (aber das gibt es hoffentlich nicht): Die Leute in ihrem Zustand zu belassen, weil es die bequemste Art und Weise ist, die eigene Hilfeform, die eigene Institution und den eigenen Arbeitsplatz von Veränderungen frei zu halten. Das war immer die größte Sorge von Klaus Dörner: Dass die psychiatrischen Großkliniken ihre chronisch psychisch Kranken nicht mehr entlassen, weil sie darüber ihren eigenen Bestand gefährden. In den letzten 25 Jahren des letzten Jahrhunderts ist etwas gelungen, was heute wahrscheinlich unvorstellbar wäre: dass viele Großkliniken sich tatsächlich weitgehend selbst wenn nicht aufgelöst, so doch erheblich verkleinert haben.

Was – zumindest aktuell - nicht änderbar ist, soll man akzeptieren. Was aber änderbar ist und von den Betroffenen gewünscht wird, soll man anpacken, egal ob jemand in der Wohnungslosenhilfe, in der Eingliederungshilfe oder in der Psychiatrie ist. Und wenn es dafür erforderlich ist, Entwicklungshemmnisse wie seelische Erkrankungen oder Suchtprobleme besser zu bewältigen, dann sollte man das tun. Dafür wird es aber erforderlich sein, die Menschen bei einem solchen Projekt zu unterstützen, die den Betroffenen in der jeweiligen Situation am nächsten sind – und das sind dann hier oft die KollegInnen der Wohnungslosenhilfe.

Und damit kommen wir nun zu den Untersuchungen, die in den letzten Jahrzehnten und zuletzt in Deutschland vor 2 Jahren im Rahmen der SEEWOLF-Studie erhoben worden sind.

Diese Studien zeigen:

70 % der wohnungslosen Menschen haben ein manifestes Suchtproblem

13 % leiden unter manifesten Psychosen

24 % haben Schädelhirntraumata mit Bewusstlosigkeit hinter sich als Hinweis auf mögliche Hirnverletzungen, die man mit entsprechender Bildgebung oder post mortem neuropathologisch nachweisen kann

Die Gesamtgruppe zeigt im Vergleich zur Normalbevölkerung deutliche kognitive Einschränkungen, einen Durchschnitts-IQ von 85 und eine deutliche Verlangsamung in den kognitiven Denkprozessen

Andere Untersuchungen haben gezeigt, dass vor allem exekutive Funktionsstörungen, die die autonome Lebensgestaltung stark beeinträchtigen, bei ca. 45 % deutlich beeinträchtigt sind.

Zudem leiden viele Patienten unter Traumafolgestörungen

Die meisten dieser Probleme schränken die Betroffenen in ihrer Lebensverwirklichung erheblich ein. Um diese Probleme zu beschreiben und um eine adäquate Hilfestellung einzuführen, muss man keine psychiatrischen Diagnosen nutzen. Aber man muss sich den dahinter liegenden Problemen stellen. Zum Thema Sucht bedeutet das: Ob jemand Alkoholiker ist oder nicht, ob er schon abhängig ist oder nicht, ist zweitrangig. Wichtig ist, ob er seinen Umgang mit Alkohol so steuern kann, dass er – ganz im Sinne von Thiersch - seine Lebensziele verwirklichen kann, und wenn er das nicht kann, benötigt er im Umgang mit dem Suchtmittel vielleicht Hilfe. Und dafür gibt es bewährte Methoden wie das Kontrollierte Trinken oder die Antabus gestützte Abstinenztherapie. Und diese Methoden kann man lernen, wie das im Katholischen Männerverein in München schon früh praktiziert worden ist. Oder man vernetzt sich mit Leuten, die das können oder einem zeigen, wie das geht.

Wie kann das gehen ? Wie können Wohnungslosenhilfe, Suchthilfe und Psychiatrie so zusammenarbeiten, dass die Betroffenen einen Profit davon haben können. Man braucht eine gemeinsame Sprache und eine gemeinsame Philosophie !

Es braucht nicht nur im Verhältnis zu den Betroffenen, sondern auch im interdisziplinären Verhältnis der Professionellen untereinander wechselseitigen Respekt ! In dem schon angesprochenen BAG Positionspapier 2008 ist das schon schön dargestellt und im Text vorbildlich praktiziert.

Wie kann das gehen ?

Herr W. ist wohnungslos, lebt in einer stationären Einrichtung der Wohnungslosenhilfe. Mit der Wohnsituation ist er leidlich zufrieden, will eigentlich eine eigene Wohnung. Er ist 30 Jahre alt, hat 2 Kinder im Alter von 7 und 10 Jahren, die bei der Mutter leben. Er hat keinen Kontakt zu den Kindern, ist unsicher, ob das jüngere Kind von ihm ist. Er selbst hat eine eue Partnerin, die aber auch Alkoholprobleme hat. Er hat eine Malerlehre abgebrochen. Arbeit bedeutet ihm eigentlich viel. Seit 2 Jahren hatte er aber keine feste Anstellung mehr. Er hat guten Kontakt zu seinen Geschwistern, der Kontakt zu den Eltern ist stark belastet. Er hat früher viel mit Drogen experimentiert, ist aber aktuell drogenfrei.

Stattdessen trinkt er viel, hat immer einige Tage etwas Pause, an denen er weniger trinkt, dann kommt es wieder zu Trinkexzessen. Eigentlich will er das nicht. Er leidet aber unter starken Stimmungsschwankungen, wenn er sich sehr leer und einsam fühlt, geht es ohne Alkohol nicht. Dass seine Freundin zwischendurch so viel trinkt, findet er eigentlich schlecht.

Was tun ? Wir wollen die Lebenssituation aus der Sicht des Klienten sehen, wollen ihm nichts überstülpen, ihn nicht mit normativen Ansprüchen einzwängen. Wir tun das in unserer Zusammenarbeit mit den Kollegen der Wohnungslosenhilfe (zumindest mit einigen), indem wir den Klienten eine sog. Zufriedenheitsskala geben. Die sieht so aus:

Auf der Zufriedenheitsskala, wie sie im Community Reinforcement Approach verwendet wird, kann ich erkennen, was dem Klienten wichtig ist und was nicht. Es gibt viele Baustellen. Aber der Mann hat Ressourcen. Wie jeder Wohnungslose. Er kann gut kommunizieren. Er hat seine Malerlehre fast abgeschlossen. Er hat eine nette Freundin, die zu ihm passt, allerdings trinkt die auch. Und seine Geschwister halten zu ihm. Und er hat kein Gerichtsverfahren mehr offen, hat jetzt sehr lange straffrei gelebt.

Was will er denn nun ?

Er will mit seiner Freundin in einer Wohnung leben, arbeiten, mehr Geld haben, wieder Kontakt zu seinen Kindern, vielleicht mit seiner Freundin auch Kinder, wenn beide stabil sind.

Wie geht das ?

Man müsste die Freundin mal fragen, was die sich vorstellt. Mit Wohnung und Arbeit wird es besser klappen, wenn er kontrollierter trinkt oder abstinent ist. Das wiederum klappt besser, wenn sie auch abstinent ist. Also muss man mal mit beiden verhandeln, ob sie sich das zutrauen. Vielleicht geht es besser, wenn sich das beide zusammen vornehmen. Es kommt heraus, dass er große Probleme mit dem Schlafen hat. Deswegen hat er auch immer abends getrunken, damit er nämlich einschlafen kann. Warum er abends nicht einschlafen kann ? Weil er Angst vor den Alpträumen hat. Warum er Alpträume hat ? Das will er später mal erzählen ! Gibt es was anderes gegen Alpträume außer Alkohol ?

Ich höre an dieser Stelle auf. Ich habe noch gar nicht von den Kindern gesprochen, von seiner körperlichen Gesundheit, von seinen Zähnen, die sehr lückenhaft sind und für die er sich etwas schämt. Aber ich höre auf an dieser Stelle.

Wer in der Wohnungslosenhilfe arbeitet, muss an dieser Stelle wahrscheinlich sagen: Stopp. Das kann ich ja gar nicht leisten. Wohnungslosenhilfe hat einen anderen Anspruch. Ich finde, es ist gut, dass es Wohnungslosenhilfe gibt, dass es Kollegen gibt, die die Menschen erst einmal so annehmen wie sie sind und wenig Vorbedingungen stellen. Und ich finde es richtig, dass man sich ganz am Anfang um so grundlegende Dinge wie Wohnen kümmert.

Dabei darf es aber aus meiner Sicht nicht bleiben. Auch dieser Mensch hat eine Chance verdient. Mit dem eigenen Wohnraum fängt es an. Er braucht aber auch eine Chance für eine sinnstiftende Beschäftigung, auf eine gelingende Partnerschaft, auf seelische und körperliche Gesundheit.

In den vielen Artikeln der BAG, der Blätter der Wohnungslosenhilfe, von Salize, Trabert, Nouvertne und wie sie alle heißen, sind immer wieder entsprechende Projekte beschrieben und als Teil der Regelversorgung eingefordert worden

Was mir mit den chronisch Suchtkranken mit und ohne Wohnungslosigkeit immer wieder deutlich geworden ist, dass Menschen wie die oben angesprochene Person das alleine nicht schaffen können. Er wird das bei der Kasse alleine schwer durchsetzen können, dass er neue Zähne bekommt, nachdem er die alten im Trinkexzess verloren hat. Auch beim Zugang zu Wohnung und Arbeit ist es schwierig geworden. Wenn Sie gut vernetzt sind, können Sie ihm vielleicht helfen, oder doch einen ersten Einstieg verschaffen. Vielleicht können Sie ihm auch ein paar Tipps geben, wie man eine gelingende Partnerschaft gestaltet. Was man mit Partnerschaftskonflikten macht, außer sich zu betrinken und ggf. auszurasen. Das kann er lernen – z.B. von Ihnen.

In den jüngeren Jahren habe ich durch eine intensivere und differenziertere Beschäftigung mit chronischen Patienten gelernt, was im Einzelfall möglich ist, wenn man nicht von vorneherein den Anspruch zu tief runterschraubt, wenn man kompetente Mitarbeiter hat, die ihr Fach verstehen, wenn man gut vernetzt ist, also nicht alleine ist, wenn man in der Beziehungskontinuität bleibt und vor allem, wenn man Geduld hat.

Notwendig sind – zusammengefasst - Verantwortungsgemeinschaften, die sich diesen schwierigen Aufgaben gemeinsam widmen können. Wenn Sie Menschen mit so komplexen Problemlagen helfen wollen, dann lohnt es sich immer, dazuzulernen. Ich sage oft zu meinen Kollegen: langjährig ausgebildete Therapeuten würden ihre Klienten ablehnen, weil sie zu schwierig und zu beschädigt sind, um so behandelt werden zu können. Aber man muss und man sollte es nicht alleine tun. Man kann mit anderen zusammenarbeiten, z.B. mit der Psychiatrie oder der Suchthilfe. Vielleicht gibt es dort Traumabehandlung oder DBT für emotional instabile Borderlinepatienten, oder abstinenzsichernde psychotherapeutische oder medikamentöse Hilfen. Die Verfügbarkeit von wirksamen Psychotherapietechniken für komplex gestörte Klienten ist in den letzten Jahren deutlich gestiegen. Es lohnt sich.

Fragen Sie mal in Ihrer Psychiatrie vor Ort oder bei den Beratungsstellen, die in Langzeittherapie vermitteln, was für Ihre Klienten möglich ist. Ihre Klienten werden diese Möglichkeiten alleine nicht finden. Sie sind der Scout, der nach Möglichkeiten und Optionen suchen sollte.

Vielleicht sagen sie jetzt, wir machen das alles schon. Oder wir machen schon so genug, jetzt reichts aber. Ich möchte nicht mehr, als Ihnen Appetit machen auf Veränderung. Solidarität mit Menschen, denen es schlecht geht, ist eine gute Sache. Aber noch besser ist es, dabei zu sein, wenn Menschen zu alten Ressourcen zurückfinden und sich wieder Lebensoptionen eröffnen, die ganz verschüttet erschienen. Es gibt viele tolle Beispiele in der Wohnungslosenhilfe, in der Suchthilfe und in der Psychiatrie, wo man sich was abgucken kann.

Das klappt manchmal (häufiger als man denken könnte) und häufig nicht. Wenn es dann häufig nicht klappt, hat das oft Ursachen, die nicht in der Person selbst begründet liegen, sondern in den Strukturen. Dazu gehört z.B. die zunehmende Verknappung preiswerten Wohnraums. Wer prekär wohnt, hat oft keine Chance auf ein gelingendes Leben. Dann ist es notwendig, politisch zu werden. Auch dafür braucht man Solidarität, Kampfgeist und Optimismus.

Ist also Wohnungslosigkeit auch ein Symptom seelischer Erkrankung ? Nun, Wohnungslosigkeit ist keine Krankheit und keine Eigenschaft und kann deswegen auch kein Symptom sein. Aber es trifft natürlich häufiger verletzbar und instabile Menschen, die im Wettbewerb um Wohnraum auf die Verliererseite geraten. Dort stehen eben oft und vor allem

Menschen mit seelischen und Suchterkrankungen, Menschen mit abgelaufenen Hirnverletzungen oder emotional verlassene Menschen.

Das aber ausgerechnet sie, die einen sicheren Ort zum Leben am meisten bräuchten, ohne oder in unwürdigen Wohnsituationen hausen müssen, ist ein Skandal. Bei jedem einzelnen. Eine private Wohnung ist ein Menschenrecht.

Aber die Wohnungslosen mit all ihren Schwächen und Verletzungen müssen sich der Auseinandersetzung mit der Wirklichkeit auch stellen und das einbringen, was sie können. Ich würde auch nicht mit Leuten in einem Haus wohnen wollen, in dem immer wieder Trinkgelage stattfinden, in dem es nach Alkohol oder ungewaschener Kleidung stinkt oder wo nachts Trinkgelage stattfinden. Das kann man aber lernen.

Als Vertreter der Psychiatrie, als Mitglied der DGSP und als Mitveranstalter dieser gemeinsamen Tagung von BAG, DBH, DBSH, Betreuungsgerichtstag und DGSP möchte ich Sie auffordern, all das gemeinsam anzugehen, unsere Klienten aufzufordern, Ihre Ressourcen dazu zu tun und mit Optimismus weiter daran zu arbeiten, dass Humanität, Solidarität und Gerechtigkeit Werte sind, die man mit dem deutschen Sozialstaat glaubhaft in Verbindung bringen kann.

Martin Reker

