BAG Wohnungslosenhilfe e.V.

Wohnungslosigkeit und schwere psychische Erkrankungen – Fachverbände und Fachgesellschaften fordern dringende Reformen

Fachverbände der Wohnungsnotfall-, Sucht- und Bewährungshilfe sowie Psychiatrie rufen zu strukturellen Reformen in Wohn- und Versorgungsstrukturen auf.

Wohnungslose Menschen sind in besonderem Maße von Krankheit und vorzeitiger Sterblichkeit betroffen[1–4]. Psychische Erkrankungen spielen dabei eine zentrale Rolle: Bei der überwiegenden Zahl der wohnungslosen Menschen liegen zum Zeitpunkt der Wohnungslosigkeit aktuell behandlungsbedürftige psychische Erkrankungen vor (v.a. Abhängigkeitserkrankungen, Depressionen und Psychosen)[2,3]. Wohnungslosigkeit stellt damit eine extreme soziale und gesundheitliche Krisensituation dar.

Insbesondere in urbanen Regionen Deutschlands ist in den vergangenen Jahren eine deutliche Zunahme von Wohnungslosigkeit zu beobachten[5,6]. Es besteht daher ein dringender Bedarf an bezahlbarem Wohnraum. In Verbindung mit psychischen Belastungen und schweren psychischen Erkrankungen gibt es für die Menschen kaum Möglichkeit, wieder in Wohnraum zu gelangen und entsprechend versorgt zu werden. Drei strukturelle Problembereiche tragen wesentlich zu dieser Entwicklung bei.

1. Strukturelle Defizite in der Wohnversorgung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen

Viele Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen erfüllen die Kriterien einer seelischen Beeinträchtigung und haben damit Anspruch auf Leistungen nach der UN-Behindertenrechtskonvention[7] und dem Bundesteilhabegesetz. Psychische Beeinträchtigungen sind rechtlich körperlichen Beeinträchtigungen gleichgestellt und begründen sozialrechtliche Ansprüche wie z.B. einen Anspruch auf Assistenzleistungen, um am gesellschaftlichen Leben gleichberechtigt teilhaben zu können. Im Zuge der Psychiatriereform wurden in Deutschland große psychiatrische Institutionen aufgelöst und durch ein differenziertes System aus gemeindenahen Versorgungsangeboten ersetzt, etwa durch therapeutische Wohngemeinschaften oder betreute Wohnformen innerhalb der Eingliederungshilfe. Dieses System folgt jedoch weiterhin weitgehend einem sogenannten **Stufenleiter-Modell (Transitional Housing Modell)[8]**, bei dem betroffene Menschen schrittweise verschiedene Wohnformen durchlaufen müssen.

Der internationale Stand der Forschung zeigt hingegen, dass **Permanent Supported Housing-Modelle** deutlich bessere Ergebnisse erzielen[9]. Diese Modelle ermöglichen unabhängigen Wohnraum, dies bedeutet Wohnraum, der mit einem eigenen Mietvertrag abgesichert ist und flankiert wird von bedarfsorientierter Unterstützung wie (ACT)[10] – etwa im Rahmen von **Housing-First-Programmen**[11]. Sie fördern Autonomie, soziale Integration und gesundheitliche Stabilität. Gleichzeitig benötigen einzelne Menschen mit besonders schweren und komplexen psychischen Beeinträchtigungen zumindest vorübergehend oder dauerhaft Wohnangebote mit einer höheren Betreuungsintensität und verlässlicher Präsenz von Fachpersonal. Auch hierfür müssen regional bedarfsgerecht ausreichende und qualitativ hochwertige Wohnplätze zur Verfügung stehen, ohne

dass daraus eine Rückkehr zu großinstitutionellen Versorgungsstrukturen entsteht und unter Wahrung des Rechts auf Selbstbestimmung und möglichst selbstständiges Wohnen.

In Deutschland besteht in diesem Bereich weiterhin ein erheblicher struktureller Mangel an entsprechendem Wohnraum für Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen.

2. Versorgungslücken in der psychiatrischen Behandlung komplexer Erkrankungen

Ein zweiter zentraler Problembereich betrifft die psychiatrische Versorgung von Menschen mit komplexen psychischen Erkrankungen, insbesondere bei Kombinationen aus Psychosen, Abhängigkeitserkrankungen und sozialen Problemlagen.

Gesundheit folgt einem sozialen Gradienten: Menschen in sozial benachteiligten Lebenslagen haben ein höheres Erkrankungsrisiko. Studien zeigen, dass der überwiegende Teil der wohnungslosen Menschen bereits vor Eintritt der Wohnungslosigkeit psychisch erkrankt war und teilweise Kontakt zum psychiatrischen Versorgungssystem hatte[12].

Das Prinzip Housing First bedeutet daher nicht „Housing Only". Für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen braucht es begleitend eine **multiprofessionelle, flexible und aufsuchende Versorgung**. International evidenzbasierte Modelle wie **Assertive Community Treatment (ACT)** zeigen hier deutliche Verbesserungen in Stabilität, Behandlungserfolg und sozialer Integration[10].

In Deutschland wurde mit der stationsäquivalenten Behandlung (StäB) ein erster Schritt hin zu aufsuchender psychiatrischer Versorgung im SGB V geschaffen. Dieses Modell ist jedoch für die Versorgung wohnungsloser Menschen und deren realen Lebens- und Wohnbedingungen häufig zu unflexibel. Auch die Eingliederungshilfe hält Elemente aufsuchender Versorgung vor, die aber nicht den Kriterien wie ACT entsprechen.

Da das System der medizinisch-psychiatrischen Versorgung für Menschen mit komplexen Problemlagen zu hochschwellig ist, hat sich in den letzten Jahrzehnten ein System der niedrigschwelligen, medizinischen Versorgung auch innerhalb der Wohnungsnotfallhilfe etabliert. Diese Einrichtungen können lediglich eine basale Grundversorgung leisten. Ziel ist die Überleitung in das fachärztliche **Versorgungssystem, was häufig scheitert**[22]**.**

3. Fragmentierung des Versorgungssystems

Viele betroffene Menschen sind mit einem hoch spezialisierten und zugleich kostenintensiven Versorgungssystem konfrontiert, fallen jedoch häufig durch die Lücken zwischen verschiedenen Zuständigkeiten – insbesondere zwischen Eingliederungshilfe (SGB IX), psychiatrischer Versorgung (SGB V) und Wohnungsnotfallhilfe (SGB XII). Auch die künstliche Trennung zwischen Suchthilfe und psychiatrischer Versorgung sowie ambulanten und stationären Sektoren führt zu einer Fragmentierung, die Betroffene überfordert.

Hinzu kommt, dass für besonders belastete wohnungslose Menschen nicht nur die Zuständigkeitsgrenzen zwischen den Systemen problematisch sind, sondern häufig bereits die Zugänge zu Leistungen selbst. Gerade bei schweren psychischen Erkrankungen, Abhängigkeitserkrankungen und komplexen psychosozialen Problemlagen sind Antragserfordernisse und Bedarfserhebungsverfahren häufig zu hochschwellig. Dies gilt in besonderer Weise für haftentlassene Menschen, die in der Übergangsphase nach der Haft die Zugänge zu Eingliederungshilfe und psychiatrischer Versorgung oft nicht bewältigen können und dadurch in prekären Wohnverhältnissen verbleiben, in denen Rückfallgefahren unnötig erhöht werden. Leistungen, die Krankheitseinsicht, Adhärenz und aktive Antragstellung weitgehend

voraussetzen, erreichen oft gerade diejenigen nicht, die den höchsten Unterstützungsbedarf haben. Deshalb braucht es aufsuchende, beziehungsorientierte und motivationsfördernde Hilfen, die Teilhabe und Leistungszugänge aktiv erschließen. Völlig verschlossen bleiben diese Hilfen für Menschen ohne sogenannten „Leistungsanspruch“, wie Menschen ohne Versicherung oder ungeklärten Aufenthaltsstatus, obwohl ggf. dringender Unterstützungsbedarf vorliegt und im Notfall hohe Kosten in der Klinik anfallen[13,14].

Barrierearme Zugänge bedeuten in diesem Zusammenhang auch, dass Hilfen nicht bereits „Krankheitseinsicht“, Adhärenz oder ausgeprägte Veränderungsbereitschaft voraussetzen dürfen. Vielmehr müssen Zugangswege und Verfahren so gestaltet sein, dass Motivation, Mitwirkung und Entscheidungsfähigkeit im Hilfeprozess unterstützt und schrittweise entwickelt werden können. Dies gilt auch für Menschen ohne Krankenversicherungsschutz oder andere bestehende Leistungsansprüche.

Problematisch ist zudem, wenn ambulante Leistungen der Eingliederungshilfe oder aufsuchende Assistenz faktisch an bereits vorhandenen Wohnraum gebunden werden. Für Menschen, die zugleich von psychischer Erkrankung und Wohnungslosigkeit betroffen sind, kann dies zu einer doppelten Exklusion aus den Hilfesystemen führen.

Dieser Zusammenhang wirft das Licht auf die Leistungen gemäß der §§ 67 ff. SGB XII - können diese doch sehr niedrigschwellig als Leithilfe sowie in ihrer Brückenfunktion im Erschließen vorrangig zu erbringender Hilfen den Zugang zu passenden Hilfeangeboten wie z.B. der Eingliederungshilfe ebnen, koordinieren und diese zur Deckung des eigentlichen Bedarfs sogar ergänzen. Es ist zu bedauern, dass diese Gesetzesgrundlage weder flächendeckend noch die Möglichkeiten ausschöpfend umgesetzt wird[23].

Die aktuellen **S3-Leitlinien zur psychosozialen Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen)[8]** zeigen deutlich, dass:

- Supported-Housing-Modelle evidenzbasiert sind [9]
- aufsuchende Versorgungsformen wirksam sind [10][15]
- ein hoher Grad an Autonomie und ein geringer Grad an Institutionalisierung bessere gesundheitliche Ergebnisse erzielen[8]
- diese Versorgungsformen den Präferenzen der betroffenen Menschen entsprechen[8].

Dies entspricht zugleich dem Anspruch der **UN-Behindertenrechtskonvention**[7], die Menschen mit Behinderungen das Recht auf freie Wahl ihrer Wohnform garantiert und eine verpflichtende Unterbringung in institutionellen Wohnformen ablehnt.

Besondere psychosoziale Belastungen

Viele wohnungslose Menschen mit psychischen Erkrankungen haben zusätzlich komplexe psychosoziale Belastungen. Studien zeigen eine erhöhte Häufigkeit von:

- frühkindlichen Traumatisierungen; belastenden Erfahrungen in Institutionen wie Jugendhilfeeinrichtungen oder Heimen[16]
- Erfahrungen von Stigmatisierung und sozialer Ausgrenzung[17–19].

Eine wirksame Versorgung erfordert daher langfristige, beziehungsorientierte und traumasensible Unterstützungsangebote, die kontinuierliche Motivation, Vertrauensaufbau und flexible

Unterstützung ermöglichen. Elemente von Peer-Begleitung[20] und auch der Einbezug digitaler Technologien[21] können hier unterstützen.

Forderungen

1. **Zurverfügungstellung von bezahlbarem Wohnraum auch für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen.** Hierdurch klare Trennung von Wohnraum und Betreuung für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, insbesondere durch Housing-First- und Permanent-Supported-Housing-Modelle.
2. **Barrierearme Zugänge zur Eingliederungshilfe** und zu aufsuchenden Unterstützungsleistungen für wohnungslose Menschen mit seelischer Beeinträchtigung, insbesondere durch aufsuchende Leistungserschließung, Beziehungsarbeit und flexible Antrags- und Zugangswege, die auch für Menschen mit geringer aktueller Veränderungsbereitschaft tatsächlich erreichbar sind – dies gilt auch für Menschen ohne Krankenversicherungsschutz.
3. **Etablierung multiprofessioneller, aufsuchender Behandlungsteams** nach evidenzbasierten Modellen wie Assertive Community Treatment, z.B. durch die Weiterentwicklung und Flexibilisierung aufsuchender psychiatrischer Versorgungsformen im SGB V, die über die derzeitigen Möglichkeiten der stationsäquivalenten Behandlung hinausgehen.
4. **Stärkere rechtskreisübergreifende Zusammenarbeit** zwischen Eingliederungshilfe, Suchthilfe, psychiatrischer Versorgung und Wohnungsnotfallhilfe in integrierten Versorgungsteams.
5. **Langfristige, traumasensible und beziehungsorientierte Versorgungsangebote** für besonders belastete Personengruppen.
6. **Wissenschaftliche Begleitung und Evaluation** neuer Wohn- und Versorgungsmodelle, um ihre Wirksamkeit und Übertragbarkeit in die Regelversorgung zu prüfen.
7. **Strukturelle Anpassungen in den Sozialgesetzbüchern,** damit erfolgreiche Versorgungsmodelle dauerhaft in die Regelversorgung überführt werden können und nicht auf zeitlich begrenzte Modellprojekte beschränkt bleiben.

Schlussbemerkung

Unabhängiger Wohnraum und flexible aufsuchende Versorgungsmodelle erscheinen zunächst kostenintensiv. Internationale Erfahrungen zeigen jedoch, dass sie langfristig teurere Versorgungsformen – etwa wiederholte Klinikaufenthalte, Maßregelvollzug oder langfristige Unterbringung in Not- und Übergangseinrichtungen – reduzieren können.

Eine stärkere Orientierung an evidenzbasierten Wohn- und Versorgungsmodellen ist daher nicht nur gesundheitspolitisch geboten, sondern auch sozial- und volkswirtschaftlich sinnvoll.



Referenzen:

1. Aldridge, R. W. *et al*. Morbidity and mortality in homeless individuals, prisoners, sex workers, and individuals with substance use disorders in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* **391**, 241–250 (2018).

2. Gutwinski*, S., Schreiter*, S., Deutscher, K., Fazel, S. & *these Authors share first authorship. The prevalence of mental disorders among homeless people in high-income countries: An updated systematic review and metaregression analysis. *PLoS Med*. **18**, 1–22 (2021).

3. Schreiter, S. *et al*. The Prevalence of Mental Illness in Homeless People in Germany. https://doi.org/10.3238/arztebl.2017.0665 (2018) doi:10.3238/arztebl.2017.0665.

4. Schindel, D., Kleyer, C. & Schenk, L. Somatic diseases of homeless people in Germany. A narrative literature review for the years 2009–2019. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* **63**, 1189–1202 (2020).

5. Nacht der Solidarität: Ergänzende Zählung in Berliner Psychiatrien. https://www.charite.de/klinikum/themen_klinikum/nacht_der_solidaritaet_ergaenzende_zaehlung_in_berliner_psychiatrien/ (2020).

6. Nacht der Solidarität. https://www.berlin.de/nacht-der-solidaritaet/.

7. Degener, T. Die UN-Behindertenrechtskonvention. *Vereinte Nationen* **58**, 57–63 (2010).

8. *S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien Bei Schweren Psychischen Erkrankungen*. *Springer* (DGPPN - Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, Berlin, 2019). doi:10.1007/978-3-662-58284-8.

9. Aubry, T. *et al*. Effectiveness of permanent supportive housing and income assistance interventions for homeless individuals in high-income countries: a systematic review. *Lancet Public Health* **5**, e342–e360 (2020).

10. Wilk, K., Kowalewska, E., Jakubowska, M., Załuska, M. & Lew-Starowicz, M. The Comparison of Four Models of Community Psychiatry—A Systematic Review and Preliminary Meta-Analysis of the ACT Model. *Clin. Psychol. Psychother.* **32**, 1–19 (2025).

11. Baxter, A. J., Tweed, E. J., Katikireddi, S. V. & Thomson, H. Effects of Housing First approaches on health and well-being of adults who are homeless or at risk of homelessness: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *J. Epidemiol. Community Health (1978).* **73**, 379–387 (2019).

12. North, C. S., Pollio, D. E., Smith, E. M. & Spitznagel, E. L. Correlates of Early Onset and Chronicity of Homelessness in a Large Urban Homeless Population. *J. Nerv. Ment. Dis.* **186**, 393–400 (1998).

13. Masah, D. J. *et al.* Homelessness and associated factors over a 13-year period among psychiatric inpatients in Berlin, Germany – A routine data analysis. *BJPsych Open* **9**, 1–8 (2023).

14. Schreiter, S. *et al. Housing Situation and Health Care for Patients in a Psychiatric Centre in Berlin, Germany – A Cross-Sectional Patient Survey*. *BMJ open [accepted for publication*| (2019).

15. Bechdolf, A. *et al.* Utilization of Psychiatric Hospital Services Following Intensive Home Treatment: A Nonrandomized Clinical Trial. *JAMA Netw. Open* **7**, e2445042 (2024).

16. Gehrenbeck, K. *et al.* Adverse childhood experiences in children and youth experiencing homelessness: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health* https://doi.org/10.1016/S2468-2667(26)00092-7 (2026) doi:10.1016/S2468-2667(26)00092-7.

17. Phelan, J. C., Link, B. G., Moore, R. E. & Stueve, A. The stigma of homelessness: The impact of the label 'homeless' on attitudes toward poor persons. *Soc. Psychol. Q.* **60**, 323–337 (1997).

18. Mejia-Lancheros, C. *et al.* Trajectories and mental health-related predictors of perceived discrimination and stigma among homeless adults with mental illness. *PLoS One* **15**, 1–19 (2020).

19. Schreiter, S., Speerforck, S., Schomerus, G. & Gutwinski, S. Homelessness: care for the most vulnerable - a narrative review of risk factors, health needs, stigma, and intervention strategies. *Curr. Opin. Psychiatry* **34**, 400–404 (2021).

20. Barker, S. L. & Maguire, N. Experts by Experience: Peer Support and its Use with the Homeless. *Community Ment. Health J.* **53**, 598–612 (2017).

21. Polillo, A., Gran-Ruaz, S., Sylvestre, J. & Kerman, N. The use of eHealth interventions among persons experiencing homelessness: A systematic review. *Digit. Health* **7**, 1–14 (2021).

22. Niedrigschwellige medizinische Versorgung für wohnungslosen Menschen im Gesundheitssystem etablieren und finanzieren. Empfehlung der BAG Wohnungslosenhilfe e.V. (BAG W), erarbeitet vom Fachausschuss Gesundheit, verabschiedet vom Vorstand der BAG W am 03.04.2025.

23. Rechtsverwirklichung der Hilfen nach §§ 67-69 SGB XII. Position der BAG W, erarbeitet vom Fachausschuss Sozialrecht, verabschiedet vom Vorstand der BAG W am 28.11.2025.



Arbeitskreis für psycho-soziale Hilfen Braunschweig e.V.



Armut und Gesundheit in Deutschland e.V.































